L'ETAT ET LES AFFAIRES SOCIALES:

STABILITES ET CHANGEMENTS

JO-ANN BELLWARE PIERRE ROBERGE
SERVICE DE L'EVALUATION DES PROGRAMMES DE SERVICES SOCIAUX
DIRECTION DE L'EVALUATION DES PROGRAMMES
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES

JUILLET 1984

TITRE:

Bellware, Jo-Ann et Pierre Roberge, "L'Etat et les Affaires sociales: Stabilités et changements", #18, Direction de l'Evaluation des programmes, ministère des Affaires sociales, juillet 1984, 92 pages

RESUME

PRESENTATION GENERALE

Cette étude part de l'idée de l'existence d'une crise de l'Etat protecteur qui serait plus qu'une simple crise budgétaire mais bien un revirement des sentiments et des idées concernant le rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales. Elle veut vérifier la réalité et l'extension de cette crise en un lieu donné (le Québec), sur une période définie (1970-1984) et auprès de trois "populations" particulières (les principaux décideurs au ministère des Affaires sociales, les journalistes et chroniqueurs de la presse d'information francophone et la population adulte du Québec telle que rejointe par un sondage d'opinion). Elle comporte trois chapitres principaux, plus une introduction et une conclusion.

INTRODUCTION

l'introduction pose le problème - qui est celui de savoir s'il y a eu ou pas de changement dans la définition du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales dans les populations étudiées. Elle renvoie aussi, très brièvement, à une série de travaux de sociologie et d'économie d'inspiration néo-conservatrice et, surtout, à trois bonnes études récentes (Steinfels, 1979; Thurow, 1983; Rosanvallon, 1984) sur tout ce courant complexe et particulièrement pertinent.

CHAPITRE I

Le chapitre I (Les décideurs) compare le discours qu'ont tenu ces dernières années ministres et sous-ministres des Affaires sociales avec celui que tenait le rapport Castonguay-Nepveu, là ou l'on retrouve encore la principale définition autorisée du rôle de l'Etat québécois par rapport au système socio-sanitaire. Cette comparaison permet de dégager trois constatations importantes, amplement documentées dans le texte de l'étude.

La première de ces constatations est que la critique des insuffisances, des rigidités et de l'orientation du système socio-sanitaire faite par les responsables actuels est remar-

quablement similaire à celle que faisaient les rédacteurs du rapport Castonguay-Nepveu. Le système socio-sanitaire reste constitué d'établissements qui n'ont pas encore su se rendre suffisamment complémentaires les uns des autres. Il continue d'être travaillé par une tendance de fond, qui est celle de l'hospitalo-centrisme, alors que les hôpitaux ne sont pas, et il s'en faut, devenus des organisations ni plus souples, ni plus faciles à gérer. Pire encore, le système socio-sanitaire est affligé d'un autre mal, qui lui était heureusement épargné à l'époque du rapport Castonguay-Nepveu, la centralisation administrative excessive que lui impose, bien malgré lui, le ministère.

Seconde constatation importante de ce chapitre, se maintiennent par ailleurs et la volonté de maintenir l'intégrité du système de protection mis en place à compter de 1963 avec l'assurance-hospitalisation et celle, tempérée par l'expérience, de réformer l'organisation du système socio-sanitaire dans la direction générale indiquée par Castonguay-Nepveu. L'idée d'un réseau de centres locaux de santé pratiquant démocratiquement une médecine globale et préventive et constituant la seule et unique porte d'entrée du système apparaît bien morte. Celle, fille prudente de la précédente, des CLSC est encore elle bien vivante.

Dernière constatation, une dimension largement absente du rapport Castonguay-Nepveu s'est introduite dans la problématique utilisée par les responsables actuels du système socio-sanitaire. Il s'agit des habitudes de vie et de l'impact qu'elles ont sur l'état de santé de la population et, partant, sur la demande de services faite au système. Cette préoccupation est clairement articulée dans le Rapport Lalonde (Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens, Ottawa, 1974) et ses conséquences pour la nouvelle économie politique de la santé, qui sert de référent ultime aux décideurs, bien analysées, notamment dans un article de Robert Evans auquel ce chapitre fait ample référence.

Au total, le chapitre conclut que si l'on peut déceler des changements dans l'esprit des décideurs quant au rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales, ces changements ne vont pas dans le sens d'une réduction du rôle de l'Etat mais bien plutôt dans celui d'un affermissement de ce rôle et d'une extension des interventions de l'Etat, des institutions et professionnels de la santé aux comportements des citoyens eux-mêmes.

CHAPITRE II

Le chapitre II est consacré à la presse, plus précisément à la façon dont la presse d'information francophone quotidienne

et mensuelle a suivi, rapporté et commenté les principaux développements dans le secteur des Affaires sociales depuis 1970. Il comporte deux sections principales.

La première de ces sections utilise la presse surtout comme une source documentaire à partir de laquelle elle refait une brève histoire du ministère et de son action depuis une quinzaine d'années. Le plan de cette histoire est simple. Il s'agit de voir comment ont évolué les crédits, les priorités et la législation sous chacun des quatre premiers titulaires du ministère des Affaires sociales.

La seconde section est plus analytique. Elle essaie de voir comment la presse a jugé ces développements et comment, derrière ces jugements, se profilent des définitions, stables ou changeantes, du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales.

Au total, la presse a tendance à présenter le secteur des affaires sociales comme un secteur problématique. Une technique d'analyse simple - qui consiste à aligner des manchettes concernant des questions particulières selon leur ordre chronologique de publication - laisse l'assez nette impression que les problèmes retenus sont présentés au mieux comme persistant (par exemple, les conditions de vie des personnes âgées) et, souvent, comme empirant (par exemple, la coordination des salles d'urgences).

Ces dernières années, surtout avec la fréquence avec laquelle elle rapporte les compressions budgétaires plus que toute autre chose, la presse a une certaine propension à présenter l'Etat comme tenté de lésiner sur ses responsabilités en matière d'affaires sociales. Cela est fréquent dans la presse quotidienne, mais est vrai aussi de L'Actualité, seul mensuel francophone d'information, lequel a, sur d'autres sujets, des affinités néo-conservatrices évidentes.

CHAPITRE III

Le chapitre III porte sur l'opinion publique. Il n'a pas exactement le même horizon temporel que les précédents puisqu'il s'appuie sur les données d'un seul sondage réalisé en juin 1983. Il ne s'attache qu'à une partie des données recueillies par ce sondage, une analyse plus détaillée en ayant été faite ailleurs*. Mais il s'attaque, par le biais d'une

---

* Jo-Ann Bellware et Pierre Roberge, L'Etat et les Affaires sociales: quelques dimensions actuelles de l'opinion publique, Québec, service de l'Evaluation des programmes de services sociaux, novembre 1983, 86 p.

analyse de la diffusion de diverses idées, opinions et pratiques dans les différentes couches sociales, à la même question de fond que les chapitres précédents, celle de savoir si la définition du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales a ou n'a pas changé.

Le raisonnement est forcément indirect. Il part de deux évidences sociologiques et s'appuie sur deux grandes séries d'observations. Première évidence, les innovations - qu'il s'agisse de technologies ou d'idées - tendent à se diffuser à partir d'un ou de foyers identifiables. Seconde évidence, toute remise en cause sérieuse de l'Etat-providence devrait logiquement trouver d'abord preneurs chez ceux qui, en raison de leur statut socio-économique, risquent peu d'en devenir dépendants et ont des raisons de se percevoir comme des contributeurs nets à son fonctionnement.

Or, on observe une association très nette entre l'adoption d'opinions, d'idées et de croyances participant de la nouvelle perspective sur la santé et le statut socio-économique des informateurs. Plus celui-ci est élevé et plus fortes sont les chances que les informateurs croient à la fois que les habitudes de vie aient une influence majeure sur la morbidité et la mortalité et qu'il soit du pouvoir et du devoir de chacun des les améliorer. On peut voir là un excellent exemple d'un processus de diffusion d'idées nouvelles.

En revanche, on n'observe aucune association systématique entre le statut socio-économique et des indices importants de la disposition à l'endroit de l'Etat-providence, notamment l'importance attribuée au problème du chômage, la réceptivité à la mise en cause de l'universalité de l'accès à divers programmes sociaux et les réactions à certaines expansions de l'action de l'Etat dans le domaine social.

Cette dernière observation est d'autant plus importante que la nouvelle perspective sur la santé devrait, logiquement, favoriser une contraction du rôle de l'Etat. Elle permet de conclure qu'il n'y a pas eu - à tout le moins encore - de transformation majeure de l'opinion sur ce que doivent être les responsabilités de l'Etat et des citoyens en matière d'affaires sociales.

CONCLUSION

En guise de conclusion, l'étude rapproche certaines des tendances observées dans les chapitres précédents et attire l'attention sur le danger que ne se développe des tensions dans les rapports entre, d'une part, les gestionnaires et les responsables politiques du système socio-sanitaire, et, d'autre part, la presse et l'opinion publique.

TABLE DES MATIERES

PAGES

INTRODUCTION 3

CHAPITRE 1 : LES DECIDEURS 13

CHAPITRE II : LA PRESSE 36

CHAPITRE III : L'OPINION PUBLIQUE 65

CONCLUSION 83

ANNEXE A : L'INDICE DE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 87

INTRODUCTION

Cette étude a pour objet les perceptions et les définitions du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales dans le Québec contemporain. Le mandat de réaliser une étude sur cette question nous a été confié l'an dernier dans un contexte où l'on avait, depuis un moment déjà et au plus haut niveau des milieux internationaux concernés (1), commencé à parler sérieusement d'une crise de l'Etat protecteur.

Il faut noter que cette idée d'une crise de l'Etat protecteur renvoie à plusieurs choses différentes qu'il importe de distinguer pour mieux préciser notre propre objet. Parmi ces choses, trois au moins valent d'être mentionnées.

L'idée d'une crise de l'Etat protecteur renvoie d'abord aux difficultés budgétaires actuelles de ces états. Ceux-ci ont décidé, dans des périodes de relative prospérité, de prendre à leur compte des charges sociales qui, en période de récession prolongée, s'avèrent être lourdes. C'est une chose que de porter assistance aux chômeurs en situation de quasi plein emploi. C'en est une toute autre lorsque le taux de chômage perce le plafond des 10% et s'y maintient durant des années. A ce niveau, la crise est budgétaire. Elle ne remet pas en cause les options fondamentales de l'Etat.

Dans un second sens, la crise ne renvoie plus aux difficultés actuelles de l'Etat, difficultés qu'effacerait une reprise vigoureuse et soutenue, mais bien plutôt aux difficultés, d'ores et déjà prévisibles, auxquelles les Etats protecteurs auront à faire face dans l'avenir. Les populations des pays industriels vieillissent (2) avec tout ce que cela suppose comme augmentations déjà prévisibles des dépenses aux titres de la santé et de la sécurité du revenu des personnes âgées. Déjà, par exemple, bon nombre de caisses publiques de retraite ont atteints ou sont à la veille d'atteindre le point où les cotisations perçues n'arrivent plus à couvrir les prestations accordées. Nous faisons ici un pas de plus. Maintenir l'intégrité des programmes actuels de

---

(1) Voir, par exemple, O.C.D.E., L'Etat protecteur en crise, Paris, O.C.D.E., 1981.

(2) Pour des données québécoises récentes et une bonne analyse de plusieurs aspects de ce problème, voir André Lux, "Un Québec qui vieillit: perspectives pour le XXI siècle", Recherches sociographiques, XXIV, 3, 1983, 325-377.

sécurité sociale supposera, selon toute vraisemblance, des prélèvements fiscaux plus importants qu'ils ne le sont actuellement. Et ils sont déjà importants. Obtenir dans les conditions actuelles les consensus sociaux et politiques nécessaires à une reconduction de l'ensemble du système de sécurité sociale à des coûts plus élevés pourrait n'être pas facile.

Il y aurait enfin crise de l'Etat protecteur dans un troisième sens, plus difficile à circonscrire et à apprécier correctement puisqu'il est celui de l'évolution des sentiments et des idées. C'est au fond cette question qui nous intéresse et nous l'avons abordée auprès de groupes, sur des périodes et sous des angles particuliers que nous préciserons dans un moment.

* * * * * * * * * *

Pour l'instant, mieux vaut préciser ce que nous n'avons pas fait. Ce que nous n'avons pas fait, c'est d'examiner sérieusement le développement de certains courants d'idées qui parce qu'ils concernent l'Etat ou la nature des sociétés contemporaines ont un impact certain sur notre propos. D'autres que nous se sont essayés (1), avec succès croyons-nous, à ces explorations et en sont revenus avec le message que certaines des assises intellectuelles de l'Etat-providence sont en train d'être minées.

Mais nous avons quand même noté certaines tendances, dont la réalité est difficile à contester, qui sont différentes de celles remarquées par Steinfels ou Rosanvallon et qui peuvent être décrites ici brièvement.

---

(1) Là-dessus, on peut lire avec profit deux ouvrages récents, l'un français, l'autre américain. Il s'agit de: Pierre Rosanvallon, La crise de l'Etat-providence, Paris, Seuil, Collection Points, 1984, 192 p., et de Peter Steinfels, The Neo-Conservatives: The Men Who Are Changing America's Politics, New York, Simon and Schuster, 1979, 336 p. Bien que Steinfels et Rosanvallon fassent tous deux l'analyse de courants de pensées critiques à l'endroit de l'Etat-providence, il ne s'agit pas des mêmes courants et il est même rare qu'ils citent les mêmes personnes.

La première de ces tendances est la résurgence des sociologies pessimistes ou, pour dire les choses plus simplement, le retour en force et en nombre d'analyses et de commentaires sociologiques décrivant la société contemporaine comme s'en allant chez le diable. Il y a, bien sûr, toujours eu un courant noir dans l'analyse sociologique sérieuse et peu de choses sont au fond plus pessimistes sur le devenir de l'humanité que ce qu'écrivaient au tournant de ce siècle des gens comme Max Weber ou Emile Durkheim. Mais là n'est pas la question, ni le genre d'écrits auxquels nous pensons.

Ce qui peut être important, c'est qu'il nous semble y avoir une différence de ton fondamentale entre ces livres qui ont essayé, dans les années '50 et '60, de capturer et de commenter la signification de la vie sociale pour les femmes et les hommes ordinaires et plusieurs de ces autres livres qui reprennent l'exercice pour la période plus immédiatement contemporaine. Le phénomène est surtout américain, mais quand même.

Conformistes et aliénés, les personnages qui peuplent des livres comme The Lonely Crowd (1950), White Collar (1951), The Organization Man (1956) sont au fond des victimes des structures sociales, des manières dont s'organisent, dans la société de l'époque, aussi bien la production industrielle que les réseaux de distribution commerciale ou les lotissements dans les banlieues. On sent bien l'envie qu'auraient Riesman, Mills et Whyte de les secouer un peu, mais ils gardent toute leur symphatie (1).

Mais il nous semble, et c'est là l'idée sur laquelle nous voulons attirer l'attention, que Lasch, Yankelovich, Harris, Fuchs et

---

(1) Voir Davis Riesman, The Lonely Crowd: A Study of the Changing American Character, New Haven, Yale University Press, 1950, 384 p., C. Wright Mills, White Collar: The American Middle Classes, New York, Oxford University Press, 1951, 378 p., William H. Whyte Jr., The Organization Man, New York, Simon and Schuster, 1956, 471 p. Chacun de ces ouvrages se voulait l'analyse d'un phénomène particulier. Ce n'est que par la suite et malgré cela qu'ils sont devenus des témoignages sur une époque.

d'autres (1) ont nettement moins de sympathie pour leurs personnages à eux qui sont les filles et les fils maintenant adultes des sujets de Riesman, Mills et White.

Ce sont des "victimes" eux aussi: il n'y a pas de sociologie possible si le comportement individuel ne peut être expliqué au moins en partie par les conditions objectives dans lequel il est posé. Mais, c'est là la différence cruciale, ce sont des victimes qui doivent accepter une partie - et souvent la plus grande partie - de la responsabilité et du blâme pour leurs malheurs.

Elles doivent accepter cette responsabilité et ce blâme parce que ce sont elles qui, après tout, ont décidé de céder aux pressions égocentriques, narcissiques et hédonistes de l'époque, d'abandonner leurs vieux parents, de faire peu ou pas d'enfants, de se payer au moins un divorce - quand ce n'est pas de passer de la voile à la vapeur - de préférer la culture physique à la culture tout court, de placer le soi - le leur - par dessus tout le reste, d'affaiblir par leurs décisions et leurs comportements ce qui reste d'entraide et de solidarité dans les structures sociales existantes et d'ainsi mettre en danger la survie même de leur société. Nous exagérons volontairement, mais à peine, pour reconstituer l'impression que laisseraient ces ouvrages au lecteur moyen pressé qui les prendraient pour ce qu'ils sont en partie, c'est-à-dire des reportages sociologiques.

Peu importe ici que cette lecture de la situation soit empiriquement exacte. Il ne serait pas trop difficile de faire appel à

---

(1) Voir Christopher Lasch, The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations, New York, W. W. Norton and Co., 1979, 412 p. Daniel Yankelovich, New Rules: Searching for Self-Fullfilment in a World Turned Upside Down, New York, Random House, 1981, 270 p., Marvin Harris, America Now, New-York, Simon and Schuster, 1982., Victor R. Fuchs, How We Live, Cambridge Harvard University Press, 1983, 293p. Ce qui a été dit des ouvrages précédemment cités vaut également ici. Ces livres ne sont pas d'abord des ouvrages de morale sociale, mais ils ont cette dimension qui apparaît clairement dans l'éclairage qui nous intéresse.

une autre littérature qui donnerait des raisons sérieuses d'en douter (1). Ce qui importe, c'est que cette lecture soit faite, qu'elle soit entendue et, que si elle est prise au sérieux, elle augure mal pour l'avenir de l'Etat-providence. Et cela dans plus d'un sens.

D'abord, tout jugement, toute prédiction, sur l'avenir des solidarités qui les fasse aller diminuant ne peut être, de ce point de vue, qu'inquiétant. L'Etat-providence est né, en partie, pour faire échec à l'érosion des assises matérielles de la solidarité sociale provoquée par l'urbanisation et l'industrialisation. Aussi longtemps que la ferme existe, existent des possibilités physiques de loger et de nourrir des dépendants qui n'existent plus en ville dans un studio meublé. Or, ce à quoi cette littérature nous alerte, c'est à une érosion des assises morales de la solidarité à l'intérieur même de la famille, et à l'avènement, pour une proportion croissante de la population, d'existences égoïstes terminées par des vieillesses esseulées (2). Qu'on accepte ou pas ce jugement, existe une tendance certaine à l'individualisation des styles de vie des populations modernes - baisse de la taille des ménages, augmentation de la proportion de ménage composé d'une personne seule, etc. - qui agira comme multiplicateur social des pressions que fera subir à l'Etat-providence le vieillissement des populations.

Ensuite, cela est inquiétant pour l'avenir de l'Etat-providence parce que la diffusion de cette vision de l'évolution sociale probable peut créer un contexte moral et politique dans lequel il devienne légitime pour chacun, quel que soit sa position sociale et son genre de vie, d'affirmer qu'il ne faille compter que sur soi-même et d'agir en conséquence. Faire autrement serait miser sur un cheval perdant.

Outre la résurgence des sociologies pessimistes, existe une autre tendance qui est celle de l'examen et de la critique de l'action

---

(1) Littérature dans laquelle la nouvelle étude sur Middletown occuperait une place de choix. Voir, Theodore Caplow et alii, Middletown Families: Fifty Years of Change and Continuities, University of Minnesota Press, 1982, 400 p.

(2) On affirmait dans une livraison récente de L'Express que déjà la moitié de la population de villes comme Manhattan et Paris vit seule. Nous n'avons pas vérifié.

effective de l'Etat en matière d'affaires sociales. Cette tendance recouvre de multiples courants. Ceux qui tendent vers le spectaculaire sont mieux connus du public. L'action de l'Etat est alors décrite ou bien comme productrice d'effets pervers ou bien comme rapace. Productrice d'effets pervers, elle amplifie le problème qu'elle voulait régler: assurer un revenu à la veuve et à l'orphelin peut, à terme et dans certaines circonstances non prévues à l'origine, faire de la maternité une carrière pour certaines adolescentes. Rapace, elle n'a pas de résultats tangibles, si bien sûr l'on exclut les bavures comme celle qui vient d'être mentionnée, ni sur la distribution des revenus, ni sur l'état de santé, ni sur l'égalisation des chances devant l'école: ele ne fait que fournir des emplois à une fraction de la classe moyenne (1).

Nous voulons plutôt attirer l'attention sur un autre courant qui par sa nature et sa localisation ne peut guère tendre au spectaculaire, n'est pas connu du grand public, mais peut avoir eu un impact considérable sur les perceptions des administrateurs publics et des hommes politiques de carrière. Il s'agit de l'évaluation de programmes, courant qui a déjà son histoire aux Etats-Unis et qui a commencé à s'implanter ici.

L'évaluation de programmes est "l'application systématique des procédures de la recherche sociale dans l'évaluation de la conception, de la mise en place et de l'utilité des programmes d'intervention sociale" (2). Cela signifie que l'entreprise se déroule de façon au mieux concurrente et le plus souvent postérieure à l'implantation d'un programme, longtemps donc après qu'une pression sociale ou une intention législative se soit manifestée. L'objet n'est ni la demande, ni le besoin mais le fonctionnement d'une partie de l'appareil bureaucratique à propos d'un problème, souvent complexe, sur lequel l'appareil n'a que partiellement prise.

---

(1) Au Québec, ce thème est l'un des thèmes favoris de la revue L'Actualité. Pour un exemple récent, Pierre Lemieux, "Couper les vivres à l'Etat", L'Actualité, mars 1983, p.18. Voir en outre la chapitre 2 de ce rapport.

(2) Peter H. Rossi et Howard E. Freeman, Evaluation: A Systematic Approach, Beverly Hills, Sage, sec. ed. 1982, p.20 (notre traduction).

Pour utiles qu'ils soient, les résultats obtenus par ces évaluations sont rarement du type de ceux qui permettent de pavoiser. Il y a de bonnes chances qu'ils montrent que certaines choses ont fonctionné - et d'autres pas - et que, après avoir été traduits en objectifs quantifiables, les buts initialement poursuivis n'ont été qu'imparfaitement atteints.

Pendant toute une période, la science sociale appliquée a surtout été utilisée par les gouvernements pour mesurer les besoins et définir les politiques. Changer la perspective et diriger son éclairage sur le fonctionnement et les résultats concrets des programmes mis en place pour répondre à ces besoins a pour effet d'alerter les administrateurs publics et les hommes politiques non seulement à la complexité des problèmes mais aussi aux limites irrémédiables de toute action d'intervention sociale (1). Or la démonstration répétée des limites de l'action peut avoir pour effet, pervers, de commencer à faire croire à son inutilité. Dans une démocratie, Prométhée chercherait peut-être à se faire élire. Sûrement pas Sisyphe. Il se peut donc qu'à l'intérieur des administrations publiques et de la classe politique se propage - sous l'influence, entre autres, de ce courant - un sentiment sur les limites des capacités d'intervention sociale de l'Etat qui rejoigne les courants qui, de l'extérieur, alertent aux mêmes dimensions.

Il y a enfin une troisième tendance que nous voulons signaler. Cette tendance, c'est l'éclatement, au cours des quinze dernières années, d'un consensus théorique parmi les économistes ayant suffisamment de statut pour prétendre influencer les politiques économiques générales dans les sociétés industrielles avancées et, plus largement, dans la profession économique dans son ensemble (2).

Cet éclatement du consensus théorique parmi les économistes est concurrent à la détérioration de la performnce des économies

---

(1) Qu'elle soit publique ou privée. Pour une excellente analyse des difficultés rencontrées par un ambitieux programme privé de réinsertion sociale, impliquant des ex-détenus, des toxicomanes en cure, des mères célibataires chômeuses de longue date et récipiendaires d'aide sociale et des jeunes décrocheurs délinquants, voir Ken Auletta, The Underclass, New York, Random House, 1982, 348 p.

(2) Ce processus et les divers courants qui en sont nés sont bien analysés dans Lester C. Thurow, Dangerous Currents: The State of Economics, New York, Random House, 1983, 247 p.

occidentales au cours de la même période. Pour les uns, cette détérioration est le résultat de l'application d'une théorie inexacte à la gestion desdites économies. Pour d'autres (1), elle est le résultat d'une série d'événements funestes, de chocs aléatoires et de décisions politiques prises aux mauvais moments. Peu importe au fond puisque le consensus keynésien est brisé, que les nouveaux courants issus de ce bris affirment tous, ou presque, les vertus et la suprématie du marché libre et que cela peut n'être pas sans conséquences pour la politique sociale de l'Etat: toutes ses interventions, notamment celles faites au chapitre de la sécurité du revenu, introduisant, dans cette perspective, des imperfections dans le marché.

* * * * * * * * * * *

Tout ce qui précède pourrait laisser croire que l'efficacité, la viabilité et, voire, la raison d'être de l'Etat-providence est attaquée de toutes parts.

C'est cette impression que nous avons soumise à un test. Ce test est pertinent. Mais partiel, et triplement. D'abord parce qu'il est fait pour le Québec seulement, et qu'aient pu résister ici des consensus qui se sont brisés ailleurs. Ensuite parce qu'il ne concerne pas l'ensemble de la mission sociale et économique de l'Etat mais surtout le secteur de la santé et des services sociaux. Enfin, parce qu'il s'adresse à des groupes, à des milieux particuliers et non à tous et à chacun des groupes et des milieux dont on peut considérer qu'ils soient concernés.

C'est ainsi que, par exemple, nous n'avons pas examiné l'évolution des sentiments et des idées à ce propos dans des groupes comme celui formé par les professionnels de la santé ou des milieux plus diffus comme celui des intellectuels et de leurs revues, de Cité Libre à L'Analyste.

Nous avons plutôt porté notre attention sur:

---

(1) Notamment, Thurow, op. cit., p. 53-60.

- Un petit groupe d'individus qui ont eu la charge de la conception et de la gestion du système socio-sanitaire québécois depuis la fin des années '60; les membres de la commission Castonguay-Nepveu et les ministres et sous-ministres qui se sont succédés au ministère des Affaires sociales. Il n'y a pas là d'exercice d'introspection indue. Notre période d'observation couvre quinze ans. Si au cours de cette période qui voit se succéder quatre ministres et deux partis des changements d'orientations majeurs ont eu lieu, ils devraient être discernables.

- Un milieu plus diffus et plus varié qui est la presse d'information quotidienne et mensuelle. Pour des raisons de temps et de moyens techniques nous nous sommes limités ici à la presse écrite francophone, ce qui nous a par ailleurs donné la possibilité de faire commencer notre période d'observation en 1970. Dans le contexte qui nous intéresse, il faut voir la presse comme jouant un double rôle au-delà de sa fonction de registraire des événements. Par ses reportages et ses chroniques, elle articule, ou traduit, une demande sociale et juge les organismes mis sur pied pour y satisfaire. Par ses éditoriaux, elle juge l'action de l'Etat à l'aune des normes acceptées par l'ensemble de l'opinion publique ou, si celle-ci est fractionnée, par les différentes familles idéologiques qui se la disputent. Encore ici, tout changement majeur de sentiment sur le rôle que l'Etat doit jouer en matières d'affaires sociales, devrait être discernable.

- L'opinion publique entendue au sens usuel, c'est-à-dire celle de cet agrégat d'individus que permet de rejoindre et d'interroger un sondage conduit selon les règles usuelles de l'art. Dans ce dernier cas, nos observations ne permettent malheureusement pas de reconstruire une évolution de l'opinion sur les questions qui nous intéressent puisqu'elles proviennent d'un unique sondage, fait en juin 1983. Par ailleurs, elles permettent d'apprécier la distribution de cette opinion dans différentes catégories de la population.

L'étude se divise en trois chapitres principaux portant successivement sur les décideurs, la presse et l'opinion publique. Chacun de ces chapitres peut former un tout en soi, indépendant des autres. Chacun a sa matière, sa méthode et ses conclusions. Il est donc vain de chercher une claire progression de l'un à l'autre. Nous réservons nos commentaires sur le sens que nous croyons pouvoir tirer de leur cumul pour une conclusion générale.

CHAPITRE I

LES DECIDEURS

A l'évidence, l'une des façons de voir si et comment a évolué la définition du rôle de l'Etat dans un secteur donné d'activité est d'examiner ce que les représentants ou les conseillers de l'Etat dans ce secteur ont dit de ce rôle au cours de la période qui nous intéresse.

Cela ne va pas, cependant, sans quelques difficultés pratiques. L'une tient à la disponibilité et au choix des matériaux. Au Québec, puisque c'est le cas qui nous occupe, un rapport a proposé voici plus de dix ans ce que devrait être le rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales. Il s'agit du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1) (Commission Castonguay-Nepveu) commission dont les travaux ont duré de 1966 à 1972. Depuis lors, rien du même ordre n'a été publié ni, à ce que l'on sache, fait. Pour qui veut voir si les choses ont changé depuis une quinzaine d'années, manque ces références commodes que seraient le rapport d'une nouvelle commission d'enquête ou un livre blanc récent sur les affaires sociales.

Mais il y a, croyons-nous, deux façons de contourner la difficulté créée par l'absence d'une source écrite unique contenant une définition actuelle et officielle du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales.

La première façon de procéder consiste à replacer le rapport Castonguay-Nepveu dans l'univers plus large auquel il appartient et d'essayer de voir si, dans cet univers plus large, les choses ont évolué.

---

(1) Le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux comprend sept volumes, divisés le plus souvent en tomes et publiés entre 1967 et 1972. Il s'agit des volumes I, L'assurance-maladie (1967, 339 p.); II, Les médecins internes et résidents (1967, 79 p.); III, Le développement (1971, 2 tomes, 251 et 279 p.); IV La santé (1970, 4 tomes, 207, 209, 191 et 329 p.); V, La sécurité du revenu (1971, 3 tomes, 343, 263 et 171 p.); VI, Les services sociaux (1972, 2 tomes, 381 et 465 p.) et VII, Les professions et la santé (1970, 2 tomes, 102 et 68 p.). En outre, le volume IV est sous-titré première partie, le tout constituant un cauchemar pour les bibliotechniciens. Dans les faits, c'est aux différents tomes du volume IV qu'on se réfère le plus souvent lorsqu'on parle du rapport Castonguay-Nepveu.

Il ne faut pas oublier en effet que, pour toutes sortes de raisons politiques, fiscales et constitutionnelles, le rapport Castonguay-Nepveu appartient à une littérature plus large dans laquelle il occupe cependant une place originale sur laquelle nous reviendrons. Cette littérature, c'est la littérature gouvernementale canadienne sur les affaires sociales et, dans cette littérature, un autre rapport occupe une place particulière. Publié il y a exactement 20 ans cette année, le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall) (1) se situe lui-même dans une lignée de documents et de rapports qui commence au moins en 1945 (2).

Le rapport Hall tire son importance du fait qu'il recommande l'instauration d'un programme pan-canadien d'assurance-santé et définit les bases fondamentales de son organisation. Dans ce programme, le système de distribution des soins de santé n'est pas mofidié de façon substantielle. Les soins continuent d'être dispensés par des professionnels indépendants rémunérés, le plus souvent, à l'acte et dans des hôpitaux ayant une existence juridique indépendante de l'Etat. Ce qui change, c'est le mode de financement. L'Etat s'institue en assureur obligatoire, monopoliste, et bienveillant. Il assure la quasi-totalité des services prodigués par les médecins et les hôpitaux, il les assure pour tous les citoyens indépendamment de leur capacité de payer, et paie directement, par l'entremise de régies publiques provinciales et selon des barèmes négociés avec les syndicats médicaux, tous ces médecins, mais seulement ces médecins, qui participent à l'accord.

Ce système garantit la liberté de choix dans la relation patient-médecin mais contraint les uns comme les autres à participer au système. Le patient qui chercherait des soins à l'extérieur du programme perdrait la part de ses impôts qui sert à le financer.

---

(1) Commission royale d'enquête sur les services de santé, Rapport, Ottawa, Imprimeur de la Reine, Vol. I, 1964, 916 p., Vol. II, 1965, 371 p.

(2) Pour une analyse des événements et des décisions qui ont conduit à l'instauration d'un système d'assurance-santé au Canada, voir Malcolm G. Taylor, Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1979, 473 p.

Le médecin qui voudrait exercer à l'extérieur du système ne pourrait réclamer à la régie le remboursement de ses actes et se placerait ainsi dans une position concurrentielle difficile par rapport à ses confrères médecins participants. Le système est universel: il bénéficie à tous et contraint tout le monde.

Sous cet angle, le rapport Castonguay-Nepveu (1) ne sera pas différent du rapport Hall et le système d'assurance-maladie qui sera mis en place en 1971 ne sera en rien de substantiel différent de ceux qui existaient déjà dans la plupart des provinces canadiennes.

Du point de vue évolutif qui nous intéresse ici, il faut absolument noter que, s'il n'y a pas un deuxième rapport Castonguay-Nepveu, il y a un second rapport Hall, publié celui-là en 1980 (2). Ce second rapport Hall examine l'évolution de l'organisation des soins de santé et du système d'assurance-maladie depuis 1964. Il constate que l'organisation des soins de santé et leur système de distribution ont conservé, pour l'essentiel, les mêmes forces mais aussi les mêmes faiblesses qui les caractérisaient voilà 20 ans. Il remarque en revanche que presque partout, à l'exception notable du Québec, ont émergé des pratiques qui risquent de mettre en cause le caractère universel, obligatoire et uniforme du système d'assurance proposé en 1964. Il s'agit de l'imposition de frais d'utilisation aux usagers de certains services de base dans certaines provinces et de l'autorisation obtenue par certains médecins de facturer à leurs patients des honoraires additionnels à ceux prévus par les ententes intervenues entre leurs syndicats et les régies provinciales de l'assurance-maladie.

La réaction du second rapport Hall devant ces développements est de réaffirmer les principes de 1964 et d'inciter le gouvernement fédéral à colmater ce qu'il définit comme des brèches dans l'intégrité du système en légiférant pour contrer ces pratiques. La récente loi fédérale sur la santé nationale reprend à son compte ces recommandations. Dans l'optique qui est la nôtre ici, il faut noter que cette loi fut votée à l'unanimité des trois partis politiques fédéraux et des membres de la chambre des Communes (3)

---

(1) Voir, en particulier, le volume I, L'assurance-maladie, Québec, Imprimeur de la Reine, 1967, 338 p.

(2) Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980, Ottawa, 1980, 102 p.

(3) Vingt et un députés s'étaient opposés en seconde lecture à la loi originale de 1966. Sur ce point, Taylor, op. cit., p. 373.

Dans les circonstances, et sur ce point, il serait étonnant qu'un hypothétique second rapport Castonguay-Nepveu diverge sensiblement du second rapport Hall. Et cela d'autant plus que pour ce qui est du maintien pratique de l'intégrité des principes fondamentaux du système d'assurance proposé par le premier rapport Hall et repris par le rapport Castonguay-Nepveu, le Québec est l'une des rares provinces, sinon la seule, à posséder un dossier impeccable. En outre, rien dans les déclarations officielles de représentants autorisés du ministère n'indique la volonté de changer quoi que ce soit à ce propos.

Ceci dit, il faut aussi prendre le rapport Castonguay-Nepveu pour ce qu'il était, c'est-à-dire pour beaucoup plus qu'une version québécoise du premier rapport Hall. Là-dessus, tous les observateurs sérieux sont unanimes. Lee, par exemple, écrit que:

> "While the Hall Commission report and the major federal initiatives have spawned a series of subsequent reports and studies at both federal and provincial levels, none was more significant or far reaching in its implications than that of the Commission of Inquiry on Health and Social Welfare (Castonguay-Nepveu) in Quebec." (1)

Pour sa part, Renaud précise que:

> "The Castonguay-Nepveu Commission had proposed, in effect, a reform based on a new conception of medecine oriented towards health rather than sickness and made such a reform dependent on a radical organizational and administrative remodelling of the health-care institutions and professions. Like all the other Canadian commissions of inquiry, it had proposed the bureaucratic rationalization of the health services but, unlike the others, it had chosen at the same time to advocate a variety of social objectives and ideas". (2)

---

(1) Sidney S. Lee, Quebec's Health System: A Decade of Change, 1967-1977, s.l., L'Institut d'administration publique du Canada, 1979, p. 3.

(2) Marc Renaud, "Reform or Illusion? An Analysis of the Quebec State Intervention in Health", in David Coburn et alii., (eds.) Health and Canadian Society, Toronto, Fitzhenry and Whiteside, 1981, p. 373.

A la différence du rapport Hall, le rapport Castonguay-Nepveu proposait à l'Etat d'intervenir dans l'organisation du système de distribution de soins pré-existant à l'instauration de l'assurance-maladie universelle et obligatoire. Dès les premières pages du rapport, les commissaires sont clairs là-dessus. Ils écrivent:

> "Instrument de sécurité sociale, l'assurance-maladie apparait non plus seulement comme un mécanisme de redistribution des revenus ou comme un moyen de réduire l'insécurité économique causée par la maladie, mais comme une véritable politique de la santé, incluant une planification des investissements et une organisation rationnelle de la distribution de soins de haute qualité". (1)

Le système de distribution de soins envisagé par la commission repose sur un réseau exhaustif de polycliniques - les CLS, centres locaux de santé - qui en constituent la, et la seule, porte d'entrée. Dans ces polycliniques oeuvrent des équipes de santé multidisciplinaires et démocratiques. Ces équipes pratiquent une médecine globale et sont en mesure de prodiguer la gamme complète de soins généraux. De cette façon, elles sont capables de répondre, estime la commission, à quelque 80% de la demande totale de soins.

Dans les faits, un tel système ne sera jamais mis en place. Déjà, entre cette partie du rapport et la Loi 65, il y a d'importants écarts. Si bien qu'on peut dire du système de distribution des soins au Québec à peu près ce que dit Evans du système canadien dans son ensemble:

> "There has been little intervention in the delivery system itself. Provincial government do not practice medicine, nor direct the behavior of hospitals, except insofar as they determine what activities (in

---

(1) Rapport de la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Vol. I, 1967, p. 35.

> general, not specific cases) will or will not be reimbursed. The issues of fee-for-services versus salaried practice, of state-owned hospital versus independent boards of trustees, of public versus private provision of health generally, have been resolved by leaving the system that existed before public insurance more or less intact". (1)

Renaud écrit même que:

> "The reform seems to have re-inforced rather than undermined the principal evolutionary characteristics of the health institutions and professions in western society; namely the introduction into the system of technocrats or "bureaucratic rationalizers", the growing centralization of decision making in the hands of bureaucrats and health professionals, the increased demand for curative care and increased public dependence on the expensive medical-hospital complex, the acceleration and proliferation of professional autonomy, and the greater dominance of the medical profession". (2)

Résumons-nous. Outre l'instauration d'un programme d'assurance-maladie universel et obligatoire, la commission Castonguay-Nepveu proposait à l'Etat d'intervenir dans l'organisation même du système de distribution de soins de manière à y effectuer une réforme majeure. Or, dans les faits, du dire d'observateurs indépendants, rien de majeur n'a été changé. La question devient donc de savoir si le rôle défini à l'Etat en matière de santé par la commission Castonguay-Nepveu a été abandonné ou si subsiste encore, sous une forme ou l'autre, la volonté de le réaliser.

Nous sommes allés chercher les principaux éléments de réponse à cette question dans les entrevues que les ministres et sous-ministres des Affaires sociales ont accordé à deux revues publiées par leur ministère, soit Carrefour des Affaires sociales et la

---

(1) Robert G. Evans, "Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regulation", Journal of Health Politics, Policy and Law, 8, 1, 1983, p. 5.

(2) Marc Renaud, op. cit., p. 379.

publication qui l'avait précédée, 65 à l'heure. Ces revues sont semi-officielles. Elles sont largement diffusées dans le réseau des Affaires sociales et à la presse. Elles offrent aux interviewés de marque que sont les ministres et sous-ministres l'occasion de commenter en long et en large la structure, la performance et l'orientation du système socio-sanitaire et, on peut le présumer, de se reprendre avant publication. Ces entrevues devraient donc en principe fournir un bon matériau pour recenser les perceptions et les intentions d'acteurs importants dans l'orientation de l'action de l'Etat dans le secteur des affaires sociales (1).

Ce matériau est supérieur à celui qu'on aurait pu tirer d'une autre source que nous avons tenté d'utiliser, soit la collection des discours officiels du ministère. A l'examen, ceux-ci se sont révélés porter trop souvent sur des sujets trop précis pour notre propos. De surcroît, cette collection s'arrête en 1981 alors qu'avec Carrefour des Affaires sociales nous pouvons étendre la période d'observation jusqu'en 1984. En revanche, ces entrevues ne contiennent que très peu de choses sur les services sociaux, ce qui nous a conduits à prendre le secteur santé comme secteur témoin.

L'analyse systématique de ces entrevues, en regard de ce qu'était la problématique de la commission Castonguay-Nepveu, permet, croyons-nous, de dégager trois constatations importantes qui sont les suivantes:

1) Une variable, les comportements des consommateurs, prend dans l'analyse que font de la situation les responsables actuels du système socio-sanitaire une place beaucoup plus considérable qu'elle n'occupait dans les rapports Hall et Castonguay-Nepveu.

2) La critique des insuffisances et des rigidités du système de distribution des soins et des services se maintient et, à l'occasion, s'avive.

3) La volonté réformatrice est maintenue, mais son horizon temporel s'allonge; les grands principes énoncés par la commission Castonguay-Nepveu guident encore l'action mais celle-ci se fait dans une beaucoup plus grande conscience des limitations des ressources disponibles et des capacités de résistance du milieu.

---

(1) Nous avons retenu les entrevues suivantes: Aubert Ouellet (65 à l'heure, IV, 3, 1977); Jean-Claude Deschênes (Carrefour des Affaires sociales, I, 2, 1979); Denis Lazure (ibid, I, 4, 1979); Pierre-Marc Johnson (ibid, IV, I, 1982) et Guy Rivard (ibid, V, 4, 1983).

Tout ceci demande à être documenté. C'est à quoi nous employons les pages qui suivent en nous excusant toutefois du très grand nombre de citations qu'elles contiennent. Cela est la conséquence d'une règle de méthode: sur chacun des sujets abordés nous citons tous ceux qui ont parlé. Il s'en dégage, on le verra, un remarquable consensus.

1) L'importance nouvelle des comportements et des genres de vie des consommateurs

L'idée qu'on puisse se rendre malade est vieille comme le monde. Adam et Eve, Noé et ses fils ont depuis longtemps alerté l'humanité aux conséquences d'excès ou d'erreurs dans le boire et le manger. Pourtant, la question de l'impact des styles de vie sur l'état de santé n'occupe pas une place très importante ni dans le rapport Hall, ni dans le rapport Castonguay-Nepveu. Dans ce dernier cas, des 22 pages consacrées à l'épidémiologie de la maladie, deux seulement renvoient à des faits se rattachant à ce que nous appelons maintenant styles de vie (1).

Cela s'explique assez bien. Sans oublier l'état des connaissances épidémiologiques à l'époque (2), il faut surtout tenir compte de la tradition intellectuelle et des conditions sociales dans lesquelles se situent Hall et Castonguay-Nepveu. Ces derniers font de l'état de santé de la population une donnée, une constante, et de l'implantation comme de l'accessibilité du système de soins des variables. Hall et Castonguay-Nepveu écrivent dans un contexte social où, encore mais moins qu'auparavant, des maladies se prolongent et des gens meurent à cause de l'insuffisance des équipements hospitaliers et des effectifs médicaux et de l'inadéquation de leur distribution géographique comme de leur accessibilité sociale. Dans ce contexte, les effectifs médicaux, les équipements hospitaliers et, surtout, les barrières financières à l'accès aux soins apparaissent comme des variables beaucoup plus réelles et beaucoup plus aisément manipulables que les causes vagues de ce que l'on commence à nommer les "maladies de civilisation".

Mais une fois que les politiques issues des rapports Hall et Castonguay-Nepveu ont transformé ces variables en constantes,

---

(1) Rapport de la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Vol. IV, Tome I, voir pages 37 à 59.

(2) L'étude associant de façon inattaquable alimentation, cholestérol et arthériosclérose est sortie en janvier 1984. Le débat sur la cigarette et le cancer du poumon vient de reprendre mais a débuté avec la publication du tout premier rapport du Surgeon General en 1957.

il n'est pas étonnant de voir l'attention se porter sur l'autre terme de l'équation.

La toute première entrevue que nous avons recensée indique bien ce changement de perspective.

> "Le premier problème (du système de santé), déclare Aubert Ouellet alors sous-ministre adjoint au ministère des Affaires sociales, tient au fait qu'on a fait perdre peu à peu au citoyen le sens des responsabilités face à sa propre santé. Ça s'est produit de façon inconsciente, mais les résultats sont là quand même. On ne se tient pas en forme, on bouffe beaucoup et mal, on fume, on s'asseoit devant la télévision et on s'étonne ensuite d'avoir des maux de tête et de la difficulté à monter les escaliers. Et alors on va voir le médecin... en se disant qu'il est là pour s'occuper de notre santé".

Et il ajoute:

> "Nous avons négligé l'impact des modes de vie et de l'environnement sur la santé. Ça m'apparaît évident. J'ai parlé tantôt de certains comportements nocifs pour la santé: la suralimentation, le poids excessif, la vie sédentaire, l'usage abusif des médicaments, du tabac, de l'alcool, des autres drogues, la conduite en état d'ébriété, à des vitesses excessives, dans des véhicules souvent dangeureux. Si ces comportements ne changent pas, il est inutile d'investir beaucoup plus d'argent dans un système de santé, quel qu'il soit". (Ouellet, 1977)

Les autres entrevues analysées, à l'exception de celles des ministres Lazure et Johnson, font écho à ce point de vue. Ainsi le sous-ministre Jean-Claude Deschênes remarque que:

> "Tout le monde convient que nous sommes arrivés à un moment où il faut, non plus constamment ajouter à la technologie déjà en place, mais changer les habitudes de vie, les habitudes alimentaires, etc. Nous commençons à faire cet "exercice". Mais il faudra intensifier notre effort et les fonds déjà consentis". (Deschênes, 1979)

Et Guy Rivard, sous-ministre adjoint, continue:

"Il est bien sûr illusoire de penser qu'un jour le citoyen pourrait se passer de services de santé individuels. Il y aura toujours des appendicites aiguës, des pneumonies et des fractures. D'autre part, nous mangeons trop et fumons beaucoup: nous ne relaxons pas et nous mélangeons alcool et essence. Seule une approche collective peut nous aider à régler ces problèmes."

Le consommateur génère donc, par ses propres comportements imprudents, une partie de la demande. En outre, il ne dirige pas toujours cette demande vers les ressources les plus appropriées.

"Ce que (les plans de redressements vont) entraîner, ce sont des changements d'habitudes. Prenons pour exemple ce qui vient de se vivre à Matane. Est-ce que le fait, pour des gens hébergés en centre hospitalier, d'être déplacés à Mont-Joli, dans un centre d'accueil, constitue une diminution de service? Je ne le pense pas. Je ne le pense pas. Ils vont encore être hébergés et recevoir des soins de qualité. Mais, bien sûr, ça représente un changement important dans leurs habitudes de vie. Et c'est de cela qu'on parle". (Johnson, 1982)

"On est porté, quasiment par snobisme parfois, ou par crainte, à consulter le plus grand spécialiste alors que le problème pourrait être résolu par une infirmière". (Deschênes, 1979)

"...nous avons mis l'accent sur les ressources dispendieuses pour répondre à des besoins qu'on aurait pu satisfaire à un moindre coût. J'ai déjà signalé l'abus des services hospitaliers et des spécialistes. D'ailleurs, la plupart des médecins spécialistes n'arrivent pas à gagner leur vie seulement avec leur spécialité. Ils oeuvrent souvent en médecine générale. La raison? Il n'y a pas de place au Québec pour autant de spécialistes dans autant de domaines". (Ouellet, 1977)

2) Le maintien de la critique des insuffisances du système

Se maintient, par ailleurs, une critique des insuffisances et des rigidités de l'actuel système de soins. Dans certains cas, la continuité est renversante. Prenons un exemple, mineur mais éclairant, le déploiement du personnel infirmier dans les hôpitaux.

Dans une entrevue somme toute récente, le ministre Johnson déclare à ce propos:

> "...A mes yeux ce n'est pas gênant... c'est un scandale. Encore une fois, il faut comprendre comment on a pu en arriver là. Cela a commencé en 1966, dans un contexte où les travailleurs du milieu hospitalier voulaient se protéger d'un arbitraire qui avait un caractère assez absolu dans les hôpitaux. Ceux qui ont connu les hôpitaux d'avant les années '60 comprennent très bien ce que je veux dire. Sauf que l'on a jeté les bases à ce moment là d'une hyperfragmentation des tâches qui nous a conduit, en 1981, à un éventail de 391 postes possibles dans le seul secteur hospitalier. Et il y a des hôpitaux qui n'emploient pas 391 personnes...
>
> Je trouve aberrant de faire monter des malades du premier étage au septième parce que l'on ne peut déplacer une infirmière du septième au premier". (Johnson, 1982)

Il semble que la convention collective de 1966 ait eu des impacts très rapides. Dès 1970, la commission Castonguay-Nepveu remarquait, de façon moins imagée, que:

> "Sous prétexte de garantir aux employés d'hôpitaux le maintien ou l'amélioration des conditions de travail, certaines clauses de la convention collective qui régissent le personnel, autre que les professionnels et les cadres, restreignent les innovations dans l'utilisation du personnel, favorisent indirectement un rendement peu économique de l'hôpital, ou encore tiennent tout simplement lieu de décisions administratives".

> Par exemple, rappelons ici le problème posé par la classification et la définition des tâches. Une négociation a toujours comme effet de scléroser une situation qui, par ailleurs, n'est pas satisfaisante. Dans le secteur hospitalier, le nombre d'unités de négociation de même que le passage de la négociation de l'échelon de l'hôpital à celui du niveau provincial contribuent à multiplier le nombre de classes de personnel et à rendre moins souple la définition des tâches.
>
> A ce propos, toutes les clauses de la convention qui tendent à restreindre la mobilité du personnel d'une tâche à l'autre, ou d'un service à l'autre, rendent difficiles pour la gestion des innovations dans l'utilisation du personnel. En milieu hospitalier, ces restrictions à la mobilité sont d'autant plus sérieuses que, compte tenu des fluctuations des besoins des malades, il est impossible de s'y ajuster: il ne reste plus donc qu'à recourir à un personnel et à des heures supplémentaires". (1)

En fait, presque toutes les critiques faites au système de santé par la commission Castonguay-Nepveu il y a presque quinze ans sont reprises par les responsables actuels du système. Les images utilisées ne sont pas toujours, comme dans l'exemple précité, les mêmes, mais on se rend bien compte que sur le fond, peu de choses ont bougé. Il serait vain d'en faire un tour détaillé et complet, mais prenons un certain nombre d'exemples.

Des effectifs médicaux, la Commission Castonguay-Nepveu écrit qu'ils avaient évolué de telle manière que le nombre d'habitants par médecin a atteint un niveau très respectable mais que la répartition tant géographique que professionnelle (généralistes/spécialistes) laisse à désirer. En 1982, le ministre Johnson dit:

> "...en ce qui concerne la répartition des médecins sur le territoire, je puis dire deux choses. D'abord, c'est un problème à régler cette année, c'est-à-dire au cours de la négociation qui est amorcée avec les médecins. Deuxièmement, c'est un problème

(1) Rapport de la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Vol. IV, La Santé, Tome 1, p. 158.

> qui ne se réglera pas, je le pense, seulement à la table des négociations". Par ailleurs, les effectifs médicaux ont continué d'accroître à un rythme trop rapide. "Nous ne formons pas 500 mais 600 médecins par année au Québec. Et même en tenant compte de ceux qui vont pratiquer à l'étranger, ça demeure beaucoup trop... je considère qu'il n'est pas nécessairement souhaitable que la famille québécoise francophone soit constituée caractéristiquement d'un père, d'une mère et d'un médecin". (Johnson, 1982)

Plus fondamentalement, le système de santé était et demeure hospitalo-centriste. La commission Castonguay-Nepveu écrivait:

> "L'utilisation de plus en plus grande des soins hospitaliers par rapports aux autres modes de soins doit retenir notre attention. L'hospitalisation constitue l'élément le plus coûteux du régime de la santé. L'hôpital en tant que ressource à vocation spécialisée répond à environ 15% de la demande de soins; pourtant, les frais représentent au-delà de 60% des dépenses de la santé. Les constatations imposent une recherche de modes plus appropriés et plus économiques de distribution de soins. Les expériences tentées dans ce sens - développement d'unités de soins externes, extensions des soins à domicile, mise sur pied de centres locaux de santé - doivent graduellement modifier la situation observée". (Vol. IV, Tome 1, p. 145)

Treize ans plus tard, le sous-ministre adjoint Rivard remarque:

> "Il y a (d'abord) des raisons historiques qui expliquent le développement de l'hospitalo-centrisme. Avec l'assurance-hospitalisation, puis l'assurance-maladie, on a certainement indiqué à la population le chemin de l'hôpital. Mais il y a aussi le fait que l'hôpital est quelque chose de très concret, connu de tout le monde, ce qui n'est pas nécessairement le cas pour d'autres établissements ou organismes mis en place avec la réforme. Enfin, traditionnellement, l'hôpital a toujours été un lieu où l'on n'a jamais pratiqué le neuf à cinq. Une autre raison explique ce développement: la formation des professionnels de la santé se fait dans les hôpitaux (...)" (Rivard, 1983).

Ces hôpitaux, par ailleurs, quoi qu'on pense de la place qu'ils occupent dans le système, sont des organisations très difficiles à gérer rationnellement. Une partie du problème tient à la nature même de l'hôpital, organisation complexe face à un environnement instable. "Il importe de souligner la difficulté -inhérente aux objectifs mêmes de l'hôpital et à l'absence d'évaluation des tâches et des rendements - d'orienter l'utilisation du personnel vers une amélioration de la productivité qui soit dissociée d'une augmentation de la qualité ou du nombre des soins" (Commission Castonguay-Nepveu, Vol. IV, Tome 2, p. 147). D'autres difficultés tiennent - comme nous en avons donné un exemple au début de cette section - à des rigidités créées par des contextes historiques et des conventions collectives. Mais plus fondamentalement, l'hôpital est une organisation difficile à gérer à cause 1) de la répartition des pouvoirs entre médecins et administrateurs d'une part et 2) de la qualité du corps administratif d'autre part. Le ministre Johnson:

> "Dans les établissements, parmi les pouvoirs qui s'affrontent, il y a bien sûr le pouvoir administratif. Il y a 12 000 cadres dans ce système. Ils forment la plus importante association de cadres au Québec. Mais ce pouvoir administratif, qui a son histoire et ses traditions, demeure paradoxalement soumis, ou peu s'en faut, à un deuxième pouvoir, le pouvoir professionnel. Que ce soit face au psychologue du centre de services sociaux, qui a tendance à professionnaliser la problématique, ou au médecin de l'hôpital, qui est l'exemple le plus classique, le pouvoir administratif est à la merci du pouvoir professionnel. Pourquoi? Parce que dans le secteur des affaires sociales, on parle de souffrances, d'anxiété, de vie et de mort. Et personne n'ose opposer une fin de non-recevoir à quelqu'un qui affirme que, pour pallier à la souffrance ou à l'anxiété ou empêcher la mort, il faudrait plus de ressources. Pour dire non, il faut être pas mal carré! D'où le pouvoir considérable détenu par les professionnels. Un pouvoir qu'ils ont et qu'ils auront toujours". (Johnson, 1982)

Des doutes subsistent aussi sur la qualité des administrateurs. Le ministre Johnson:

> "C'est un système qui nous a coûté très cher. Mais je ne dirais pas qu'il était mal administré. Malgré des exceptions notoires qui sont celles que l'on cite

> souvent -il s'agit de certains gros établissements - le système a été relativement bien administré". (Johnson, 1983)

Son prédécesseur était moins tendre.

> "Parmi les choses qui restent à réaliser - elles sont nombreuses - il y a, pour n'en nommer qu'une, l'opération que nous menons afin de parvenir à une meilleure gestion de nos établissements. C'est cet objectif qui est visé par les plans de redressement budgétaire des hôpitaux. Mais ce n'est là qu'une des façons d'arriver à une meilleure gestion. Il faudrait aussi corriger l'une des plus importantes lacunes que nous constatons dans le réseau des Affaires sociales, soit l'insuffisance de bons administrateurs publics". (Lazure, 1979)

Quatrième critique fondamentale, l'absence de complémentarité entre les établissements. Le sous-ministre Deschênes, par exemple:

> "...le réseau est une chose à faire; ce que l'on a actuellement, ce n'est pas un réseau mais un catalogue de plus de 1 000 établissements divers. Un réseau, c'est tout-à-fait articulé et relié, alors qu'aujourd'hui des établissements refusent même de conclure des contrats de services et de mettre en commun des critères d'admission pour assurer une complémentarité des services et éviter que des gens "tombent entre deux chaises" - trop malades pour un établissement et pas assez pour l'autre". (Deschênes, 1979)

Tous ces éléments de critique se trouvaient déjà dans les mêmes termes ou à peu près, dans le rapport Castonguay-Nepveu. S'en ajoute un dernier qui est, par les premiers intéressés, la critique du rôle d'un organisme qui n'existait pas encore au moment de la rédaction du rapport Castonguay-Nepveu, soit le ministère lui-même. Les gens ne mâchent pas leurs mots. Le ministère centralise trop. Et ne s'occupe pas de vrais problèmes.

Aubert Ouellet.

> "...le ministère a pris progressivement une importance trop considérable dans la gestion des établissements. Après tout, nous payons les administrateurs pour qu'ils administrent. ...cette centralisation qui a peut être été nécessaire dans le temps - je ne veux pas porter de jugement - mais qui n'est certainement plus nécessaire maintenant, cette centralisation, dis-je, a conduit à ce que les gestionnaires, progressivement, refilent tout au ministère. Toutes les décisions, même les plus banales. Je reçois à mon bureau des demandes d'autorisation pour des choses banales sur lesquelles le ministère n'a absolument pas à se prononcer". (Ouellet, 1977)

Jean-Claude Deschênes.

> "...on parle beaucoup de décentralisation, mais ce que je viens de décrire, c'est une centralisation, non seulement vers le ministère, mais aussi vers le 15e étage de l'Edifice Joffre. Et ça n'a pas de sens lorsqu'on doit administrer quatre milliards de fonds publics et traiter avec des milliers d'établissements et de groupes organisés". (Deschênes, 1979)

Pierre-Marc Johnson.

> "C'est aberrant! Je demeure responsable des 1 200 plans de redressement des établissements de santé et de services sociaux du Québec. (...) A long terme, je pense que le ministère des Affaires sociales deviendra un véritable ministère des services sociaux et de la santé nationale, comme il doit l'être. En ce moment, il est cela, mais beaucoup aussi, un ministère des Affaires sociales et de la comptabilité par programmes... Le meilleur de nos énergies pourrait avantageusement être consacré à des définitions et des mises en vigueur de politiques, à l'harnachement des ressources existantes. Mais on est aux prises avec un train-train quotidien qui pourrait être assuré d'une façon tout aussi efficace localement". (Johnson, 1982)

3) Le maintien d'une volonté de réforme guidée par l'Etat

Se maintiennent par ailleurs et la volonté de maintenir l'intégrité du système de protection mis en place à la suite du rapport Castonguay-Nepveu et celle, tempérée par l'expérience, de réformer le système dans la direction générale indiquée par celui-ci.

Sur le maintien de l'intégrité du système, les choses sont claires. Guy Rivard:

> "Les Québécois ont un jour décidé que l'accessibilité aux services de santé était un droit aussi fondamental que l'accès à l'éducation. Je ne crois pas qu'ils soient prêts à remettre en question cet acquis. (...) Avant de remettre en question l'accessibilité universelle et gratuite, il faut tenir compte de cet élément: comme société, nous avons décidé de dépenser moins pour la santé que pour l'éducation en termes relatifs. Faut-il continuer? Faudrait-il demander à la population? Si on laisse la population décider, il se pourrait bien que les citoyens optent, comme en Suède où les dépenses pour la santé sont déjà beaucoup plus élevées qu'ici, pour une augmentation des crédits". (Rivard, 1983)

Pierre-Marc Johnson.

> "...il faut... s'assurer, quels que soient les choix que nous ferons, qu'aucun ne porte atteinte à l'un des systèmes de santé et de services sociaux parmi les plus remarquables en Occident". (Johnson, 1982)

La volonté de réforme du système de santé se maintient elle aussi et surtout, avec elle, l'idée que ni le marché, ni les professions, mais la collectivité agissant par l'intermédiaire de l'Etat doit assumer l'orientation et la gestion de ce bien collectif qu'est le système de santé.

Assurément, la volonté de réforme est tempérée par l'expérience. Les responsables actuels sont peut-être plus conscients que les rédacteurs du rapport Castonguay-Nepveu du poids de certaines contraintes. Nous avons mentionné celui du pouvoir que les professionnels de la santé "ont et auront toujours" (Johnson, 1982). Il y a aussi cette contrainte nouvelle qui est l'arrêt de croissance des crédits.

> "Il faut savoir que l'implantation des CLSC laissé à l'état de projet requerrait 50 ou 100 millions de dollars - alors qu'il est difficile de sortir un million de fonds publics". (Deschênes, 1979)

La volonté de réforme se manifeste dans quatre directions. Nous avons déjà mentionné la volonté d'agir plus directement sur les styles et les habitudes de vie comme de consommation des clients du système (cf. Rivard, plus haut). Les trois autres directions sont la modification du système de distribution des soins et services, l'amélioration de la représentation des usagers aux conseils d'administration des établissements et la régionalisation de la gestion du système.

Le réaménagement du système de distribution des soins et des services ayant occupé la place centrale qu'il occupait dans le rapport Castonguay-Nepveu, nous pouvons peut-être prendre cette question comme test. Concrètement, cela nous renvoie à la question des CLSC.

Le sous-ministre Deschênes.

> "Il faut bien se rappeler que le rapport de la commission Castonguay-Nepveu parlait de centres locaux de santé, alors que la réorganisation des services, par décision du gouvernement, a donné lieu à la création de centres locaux de services communautaires. On a voulu ainsi assurer, sur la première ligne des services, la complémentarité et l'interpénétration des dimensions sociales et sanitaires, ainsi qu'une jonction des activités de prévention, de dépistage et d'éducation sanitaire avec des activités de réadaptation ou de nature curative. Ces volontés-là sont maintenues; nous nous interrogeons davantage sur les stratégies d'implantation, sur les coûts et les échéanciers d'implantation que sur le bien-fondé des CLSC. Mais il ne faut pas se le cacher, il y a des résistances importantes dans notre société à l'égard de ces établissements". (Deschênes, 1979)

Le ministre Lazure.

> "Il y a aussi l'expansion nécessaire de certains de nos programmes actuels. Parmi ceux-là, il y a le programme des CLSC. Jusqu'à maintenant nous avons, de façon volontaire, limité l'expansion, l'appari-

> tion, de nouveaux CLSC, mis à part les onze qui ont été créés depuis trois ans. Notre choix s'est fait dans le sens d'une consolidation des CLSC existants et même là, nos priorités budgétaires ne nous ont pas permis de le faire vraiment avant cette année, alors que nous ne disposons d'une somme de 4,2 millions de dollars. Ce n'est pas beaucoup, mais c'est un début". (Lazure, 1979)

Le ministre Johnson.

> "...il faudra utiliser ce qui est en place dans une perspective de transfert de ressources. On sait que nous n'avons plus de ressources additionnelles à investir pour satisfaire de nouveaux besoins. Par ailleurs, considérant la quantité de ressources mobilisées par nos structures, on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de faire plus pour les services de première ligne. D'où l'importance des centres locaux de services communautaires qui sont et demeureront le joyau de la réforme de 1971. Le seul problème, mais j'y reviendrai, c'est que quelqu'un a oublié de polir le diamant en cours de route. Cela dit, les CLSC demeurent non seulement des dispensateurs de services, mais des laboratoires, des déchiffreurs d'avenir. Mais comme on n'a pas plus à investir que les centaines de millions déjà engagés depuis dix ans, pourquoi ne pas aller voir ailleurs la possibilité d'augmenter, par voie de transfert, les ressources humaines qui peuvent être employées par les CLSC? Ou sinon, et en même temps, pourquoi ne pas demander aux autres éléments du système de suivre, plus rapidement et avec plus d'ouverture, le schéma des CLSC?". (Johnson, 1982)

Que conclure de tout cela du point de vue de la définition du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales? Il nous semble que l'on peut raisonnablement soutenir ce qui suit.

Avec l'entrée du Québec, en 1971, sous l'impulsion du rapport Castonguay-Nepveu, dans le programme canadien d'assurance-maladie, l'Etat achève de se commettre à deux rôles. Le premier, qu'on oublie trop souvent et qui a été particulièrement important de 1945 à la fin des années soixante, a été celui d'investisseur dans le système socio-sanitaire, qu'il s'agisse de la construction et de l'équipement d'hôpitaux ou de subventions à la formation d'un corps médical suffisamment nombreux. L'autre, nous l'avons vu est celui d'assureur obligatoire, monopoliste et

bienveillant garantissant à tous, l'accès, sur la base du premier rendu premier servi, à une même médecine et aux mêmes services.

Avec le rapport Castonguay-Nepveu, l'Etat considère puis accepte de jouer un autre rôle qui est celui d'orienteur et d'organisateur du système de santé. Dans le cas de la commission Castonguay-Nepveu, cela devait se faire par une réorganisation majeure du système de distribution des soins qu'illustrait clairement la création des centres locaux de santé, seule porte d'entrée dans le système. Nous avons vu que cette idée a, dans la pratique, été considérablement modifiée et que les CLSC ne seront, dans un avenir prévisible, qu'une porte d'entrée parmi d'autres. Ce qui ne signifie pas, loin de là, que l'Etat et ses représentants ait abandonné l'idée que lui appartient la responsabilité, au nom de la collectivité, d'orienter le système de santé.

Ce rôle, qu'un temps le Québec a été seul à vouloir prendre sérieusement, est depuis le rapport Lalonde (1) celui que veut jouer aussi l'Etat canadien.

Le rapport Castonguay-Nepveu proposait de réorganiser le système de distribution des soins en modifiant significativement la pratique individuelle et entrepreneuriale de la médecine. Le rapport Lalonde propose une autre stratégie qui consiste à investir à l'extérieur du système de santé traditionnel dans la modification du comportement des individus. Il repose sur la constatation que dans l'état actuel des connaissances et de la technologie, la médecine a réglé tous les problèmes qu'elle pouvait régler et que tout investissement additionnel d'importance, sauf en recherche, ne contribuerait que peu à réduire la morbidité ou la mortalité.

Pour un analyste aussi autorisé qu'Evans, il s'agit d'un événement d'importance,

> "The first major policy pronouncement of its kind by a national government accepting responsability for promoting the health of its population and possessing an institutional and organizational framework through which reform might emerge". (2)

---

(1) Marc Lalonde, Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens, Ottawa, Ministère de la Santé et du Bien-Etre social, 1974, 82 p.

(2) Robert G. Evans, "A Retrospective on the "New Perspective", Journal of Health Politics, Policy and Law, 7, 2, 1982, p.326.

Nous avons vu précédemment quel écho avaient trouvé ces idées chez les responsables du système socio-sanitaire québécois. Elles s'ajoutent et renforcent celles qu'ils avaient déjà sur la réorganisation du système de distribution des soins.

Dans les faits cependant, qu'il s'agisse de la réorganisation du système de distribution des soins ou de l'orientation d'une stratégie nationale de la santé, les progrès ont été lents.

Evans, là-dessus, est clair et sévère:

> "Progress, as seen from a public health perspective, does appear to be underway, but it is very slow indeed. What has happened, at least in Canada, is that the objectives of governments have been met. In the economic conflicts between governments and health providers (along with their allies), cost containment and resource limitation have won out, at least for the moment. Canada's experience here stands in dramatic contrast to that of the U.S. and most of the rest of the world. Moreover, the federal government has abandoned the cost-sharing formula, so that it is no longer responsible (at the margin) for roughly 50 percent of provincial health care spending. Thus, even if in the future health care costs in Canada begin to climb relative to the rest of the economy, the extra burden will be borne solely by provincial governments. How much the "New Perspective" contributed to the shift in political or intellectual climate which made such restraint possible is difficult to say, but the policty shift itself is very clear.
>
> The redeployment of resources from the health care system to environment or lifestyle fields has been much less in evidence. All governments, federal and provincial, have set up programs or divisions within health departments to promote lifestyle change. But these developments have been slow in coming, often three or four years after the release of the "New Perspective", so it is difficult to say very much yet about their impact. What does appear clear, however, is that such programs have tended to have high political profiles, with emphasis on advertising and public education, but very limited resources. <u>There is clearly a political need to be seen to be doing something, but not as strong an imperative actually to do very much</u>. Despite energetic and dedicated

> efforts by particular individuals, there is no evidence of a major commitment of new resources to the promotion of health along the lines of the "New Perspective". The "big spenders" remain the conventional health system actors - doctors and hospitals - whose share of total resources devoted to health care is remaining relatively constant". (Evans, 1982, 342)

Et de poursuivre:

> "Nevertheless, the underlying philosophy of the "New Perspective" is of great importance for present problems of health system organization and management. It affirms the concept of a health care system as a collective entreprise, as a set of social institutions intended to promote the health of the community, rather than to respond to individual demands or entrepreneurial objectives". (Evans, 1982, 344).

Il semble donc difficile de penser que treize ans après l'assurance-maladie, et vingt ans après l'assurance-hospitalisation les dirigeants étatiques puissent penser le système de santé autrement que comme une entreprise collective dont l'Etat soit le principal mécanisme d'orientation. Ce que nous venons de voir démontre à l'envie que, sur ce point, il n'y a pas eu, au Québec, de changements majeurs depuis quinze ans. S'il y a eu changement, ce n'est sûrement pas dans le sens d'une réduction de l'intervention de l'Etat dans la santé. Au contraire. La tendance serait plutôt ailleurs. Et elle ferait que l'Etat intervienne plus et qu'il ne limite pas ses interventions aux institutions et aux professionnels de la santé mais les étende aux comportements des citoyens eux-mêmes (1).

---

(1) Sur ce dernier point, Jacques Dufresne "Le centenaire de l'Etat-providence et le cinquantenaire de la dictature médicale", in L'assurance-maladie à cent ans, Montréal, Les Editions Administration et Santé, 1983, 127-143 et Robert Weale "Invisible Hand or Fatherly Hand? Problems of Paternalism in the New Perspective on Health", Journal of Health Politics, Policy and Law, 7,4, 1984, 784-807.

CHAPITRE II

LA PRESSE

Une autre voie privilégiée pour voir s'il y a eu redéfinition du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales depuis 1970 est d'étudier la couverture que la presse quotidienne et mensuelle a réservée à cette question depuis lors.

Cette façon de procéder, comme la précédente, n'est pas sans présenter certaines difficultés dont la principale est le recensement des articles publiés. Ce problème se résout facilement pour ce qui est de la presse mensuelle d'information, puisqu'il n'y a qu'une seule revue québécoise francophone de ce genre. Un simple coup d'oeil au sommaire de chaque numéro suffit pour répertorier les articles pertinents. Il n'en n'est pas de même pour le dépouillement de la presse quotidienne: fouiller tous les quotidiens publiés depuis 1970 afin de prendre connaissance des articles publiés sur les affaires sociales aurait été une tâche impossible à accomplir compte tenu du temps dont nous disposions. Par contre, une alternative intéressante s'offrait à nous: une consultation de l'Index analytique, sous la rubrique "Québec - Ministère des Affaires sociales", nous a permis de retracer un bon nombre d'articles. L'exhaustivité de la couverture de cet index nous laisse certaines interrogations car nous ne connaissons ni les règles qui ont servi à répertorier et à classer les articles, ni la rigueur avec laquelle elles ont été appliquées. Néanmoins, les milliers d'articles recensés nous laisse croire qu'un thème ou un événement de grande importance n'aurait pas pu passer inaperçu sous l'oeil vigilant du recenseur. Dans les premières années, seuls les articles publiés dans Le Devoir figurent à l'Index. Au fil des ans, la couverture s'élargit pour ajouter au Devoir, La Presse (1973) et Le Soleil (1976).

Nous avons accordé une attention particulière aux articles de fond, ce qui explique que nous citions Le Devoir plus souvent que d'autres quotidiens. Il faut aussi noter que nous n'avons pas contre-vérifié les informations diffusées à l'aide d'autres sources comme, par exemple, des documents internes au ministère. Nous les rapportons soit en les citant soit encore, ce qui est plus fréquent, en les paraphrasant.

Depuis 1970, deux gouvernements et quatre ministres* se sont succédés à la direction du ministère des Affaires sociales. Chacun est arrivé avec son programme, ses priorités et son équipe pour accomplir sa tâche et chacun a eu à s'adapter à la réalité économique de son époque. La presse quotidienne a largement couvert ces événements et d'autres qui s'y rattachent. Deux choses distinctes retiennent notre attention à la lecture des articles qui y ont été consacrés. Tout d'abord, ces articles nous permettent

---

* Un cinquième depuis mars 1984: le docteur Camille Laurin.

de recueillir des données factuelles sur le ministère des Affaires sociales et de voir comment ses priorités, ses législations et ses crédits ont évolué. Nous utilisons alors la presse comme source documentaire, comme base sur laquelle reconstituer brièvement le fil des événements. C'est d'abord à cela que nous allons nous occuper. Plus loin, nous verrons comment la presse a jugé ces événements et, plus largement, l'évolution de la situation.

1. LE FIL DES EVENEMENTS

La période couverte va, rappelons-le, de 1970 à nos jours. Nous avons accordé moins d'importance aux événements de la dernière année (parachèvement des CLSC, projet de loi C-3) parce qu'ils sont encore frais dans la mémoire de tous ceux qui se préoccupent des affaires sociales et parce qu'il est trop tôt pour mesurer les conséquences de ces réformes et donc pour leur accorder une place relative.

Nous prenons les quatre titulaires du ministère depuis 1970 comme base de périodisation.

1. Claude Castonguay, 1970-1973

Elu à l'Assemblée nationale en avril 1970, Claude Castonguay assume la double tâche de ministre de la Santé et de ministre de la Famille et du Bien-Etre social. Dès l'automne, il fusionne ces deux ministère en un seul, le ministère des Affaires sociales (Loi 42). Jacques Brunet, alors sous-ministre à la Santé accepte le poste de sous-ministre aux Affaires sociales et Claude-E. Forget est nommé sous-ministre adjoint aux Finances.

On se retrouve alors dans une situation unique: des gens compétents dans leur champ respectif, sans expérience politique ni expérience des grandes administrations doivent gérer près de la moitié du budget de la Province. Voilà déjà trois années qu'ils étudient les problèmes de santé, de services sociaux et de sécurité du revenu et qu'ils envisagent des solutions, quand soudainement, ils se retrouvent presque tous dans une position qui leur permet d'implanter les recommandations qu'ils formulaient depuis des années. Castonguay et son équipe feront face à de nombreux défis.

... Les crédits

Au cours de ce mandat, les crédits alloués au ministère des Affaires sociales augmentent de 600 millions, passant de 1,3$ mil-

liard (1*) pour l'exercice financier de 1970-71 (ministère de la Santé et ministère de la Famille et du Bien-Etre social combinés) à 1,9$ milliard en 1973-74 (2,3). Les crédits affectés aux Affaires sociales croissent de 8 à 10% par année, ce qui représente un taux de croissance supérieur à celui des dépenses de l'ensemble du gouvernement.

... Les priorités

Un problème attend le nouveau ministre: le contrôle des coûts de la santé. Dès son accession au pouvoir, Castonguay arrête toutes les constructions d'hôpitaux: des 120 déjà promis ou en chantier, seulement 22 verront le jour. Peu de temps après, il interrompt la construction de 64 foyers pour personnes âgées. Un mois plus tard, il décrète la fermeture d'une centaine d'institutions de santé et de services sociaux qui offraient des soins de qualité inférieure ou qui étaient trop nombreuses pour le territoire qu'elles desservaient (4).

Les priorités du ministère ne varieront guère sous le régime Castonguay. De façon générale, il traduit l'orientation qu'il entend donner à son ministère dans une politique globale d'amélioration de l'état de santé et des conditions de vie sociale des individus. Il parraine le projet de Loi 65 dont "l'objectif fondamental (...) est d'assurer à la population l'accessibilité et la continuité des services, ce qui implique la décentralisation vers les offices régionaux des Affaires sociales qui seront créés, et l'intégration, au niveau des centres locaux, des services communautaires. Outre la décentralisation, le projet met l'accent sur la participation des citoyens à la gestion des services et sur la clarification des responsabilités" (5). De plus, en 1971, il affirme que la croissance économique doit aller de pair avec le développement social. "Ce serait une erreur de placer sur la croissance économique une priorité si grande, que cet objectif ne pourrait être poursuivi qu'au détriment du développement social" (6).

De façon plus spécifique, dans le domaine de la santé, il prévoit une hausse des crédits au chapitre de l'assurance-hospitalisation, hausse qu'il attribue à l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie (1). Il annonce qu'il espère réformer le système hospitalier en appliquant telles quelles les recommandations de la Commission d'enquête: il prône un seul réseau de services de santé et la distribution des soins à trois niveaux: 1) près de la population; 2) dans des établissements correspondant aux hôpitaux généraux et 3) dans des hôpitaux universitaires (7).

---

* Toutes les références aux articles de presse sont concentrées en fin de chapitre.

Il explique la croissance des coûts hospitaliers par l'importance de la concentration de lits pour malades actifs, un processus budgétaire inefficace et inefficient, et une mauvaise utilisation du personnel et de l'équipement spécialisés. En partie pour pallier à ce problème, il étend la formule du budget global à tous les hôpitaux en 1972 (8).

A la fin de son mandat, on note une légère baisse de crédits du côté des immobilisations. Les emprunts pour fins d'investissements augmentent et il accorde plus d'argent à la réalisation de travaux tels que les rénovations, l'agrandissement des laboratoires et des cliniques externes. Par contre, la capacité en lits des établissements augmente peu.

Du côté social, le financement des agences sociales, les institutions à l'enfance, le développement social de l'enfance et l'expansion des services de bien-être pour les personnes âgées bénéficieront de crédits majorés dès la première année. L'année suivante, l'entrée en service d'institutions neuves fera augmenter les crédits au développement des services à l'enfance et aux adultes (2). La dernière année de son mandat, il privilégiera le côté social en accordant une hausse de crédits supérieure à la moyenne à la réadaptation et à la prévention. Les sommes seront surtout affectées à la réadaptation de l'enfance et des adultes, à la protection et l'hébergement des personnes âgées et aux services communautaires (3).

Au début de 1973, sa dernière année en politique active, le ministre fait le bilan de 1972, et la qualifie de "fructueuse". La suivante, 1973, sera "difficile" car elle permettra de vivre les effets de la réforme amorcée en 1972 dans tous les services hospitaliers, médicaux et sociaux au Québec par l'entrée en vigueur de la Loi 65. Au nombre des objectifs prioritaires pour 1973, on retrouve:

- l'amélioration des conditions d'accès aux services,
- le contrôle des coûts des services, y compris les rémunérations des médecins,
- l'implantation de nouveaux Centres locaux de services communautaires (CLSC),
- la création de départements de santé communautaire (DSC) dans 31 centres hospitaliers,
- l'édiction de normes quant à l'équipement et à la compétence du personnel des services ambulanciers.

Le ministre réitère que "...d'ici la fin de janvier 1973, des mesures énergiques seront prises pour améliorer les services d'urgence dans les hôpitaux" (9).

... Les législations

Le ministre Castonguay est responsable de l'élaboration et de l'entrée en vigueur de nombreuses lois. Parmi les plus importantes, mentionnons:

- Loi 42: Loi fusionnant le ministère de la Santé et le ministère de la Famille et du bien-être en un seul: le ministère des Affaires sociales,

- Loi 8: Loi sur l'Assurance-maladie,

- Loi 65: Loi relative aux services de santé et aux services sociaux,

- Loi 250: Le Code des professions.

D'autres lois sont sanctionnées au cours de son mandat, dont la Loi cadre sur l'aide sociale (Loi 26), les amendements à la Loi de l'Assurance-maladie (Loi 69) et les lois sur la santé publique et la protection du malade mental. Par contre, certaines connaissent plus de difficultés; la loi assurant la gratuité des soins dentaires aux enfants de moins de sept ans et la loi de la protection de la jeunesse. Le projet de loi sur la fluoration de l'eau mourra au feuilleton.

2. Claude E. Forget, 1973-1976

Claude Castonguay ne se représente pas aux élections de septembre 1973 et il est remplacé par Claude E. Forget, alors sous-ministre adjoint aux finances aux Affaires sociales. Jacques Brunet, pour sa part, conserve son poste de sous-ministre en titre.

Au moment où Forget assume la direction du ministère, les plus importantes législations sont déjà en place. Il est responsable de modifications importantes, mais il se consacre avant tout à l'implantation de nouveaux programmes.

Son mandat est difficile. En plus d'affronter de nombreuses grèves dans le secteur public, il subit les doléances de la presse, du public et des médecins lors de l'implantation du réseau

(Loi 65). Dans les faits, le réseau s'avère beaucoup moins fonctionnel qu'il ne l'était sur papier et, dès 1975, on commence à reconsidérer sérieusement les CLSC.

Forget est aussi responsable du resserrement des budgets des hôpitaux. A compter de 1975, il les rend responsables de leurs déficits, et en 1976, voulant éliminer le superflu et le gaspillage, il réduit leur budget de 30 millions. Du côté social, il consacre beaucoup d'efforts à l'amélioration de la vie en institution des personnes âgées et des jeunes.

Au total, 32 départements de santé communautaire sont mis sur pied. Une fois le réseau en place, Forget redonne certains pouvoirs aux régions, mais la décentralisation est encore loin de ce qui avait été formulé dans les recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu.

... Les crédits

En quatre ans, les crédits accordés au ministère passeront de 1,8$ milliard (3) à près de trois milliards (2,888$ millions), ce qui représente plus du tiers du budget de la province pour l'exercice financier 1975-76 (16).

... Les priorités

Au moment où il assume la direction du ministère, Claude-E. Forget affirme vouloir laisser aux gens le temps d'absorber les nombreuses réformes entreprises dans le secteur des Affaires sociales sous Castonguay. Il parle alors de continuité au niveau des objectifs mais de changement dans les méthodes pour les atteindre. De nombreux problèmes l'attendent, notamment le salariat des médecins, l'avortement, les problèmes de chauffage chez les assistés sociaux et le revenu minimum garanti. Dès son entrée au ministère, Forget se propose "d'humaniser le système, d'accroître la participation et l'intéressement" (10,11).

Au début de son mandat, Forget énonce les objectifs qu'il aimerait que son ministère atteigne. Sous le thème général "qualité et humanisation des services", les voici (12):

- élaborer une politique familiale et d'adoption,
- esquisser une politique des garderies,

- le placement en centre d'accueil des enfants handicapés,
- l'éducation des enfants en centre d'accueil,
- pour les personnes âgées: élaborer un plan de développement des centres d'accueil sur trois ans et de les aider à rester dans leur milieu,
- implanter 60 CLSC (il y en a déjà 11 - il vise le double pour la fin de l'année),
- implanter les DSC (2 sont en opération, il en vise 20 pour la fin de l'année),
- élaborer une politique de périnatalité,
- étendre les services de la RAMQ aux:
  - -- soins et médicaments à certaines populations,
  - -- soins dentaires gratuits aux 0-7 ans,
  - -- aveugles,
- humaniser les soins aux malades chroniques,
- élaborer une politique sur les services d'urgence et le transport des malades,
- la santé mentale,
- modifier la loi sur les immobilisations,
- élaborer une politique de recherche dans le secteur des affaires sociales,
- régler le problème de l'enseignement médical clinique,
- humaniser les services,
- donner plus de pouvoirs aux CRSSS,
- contrôler le taux de croissance.

L'année suivante, le ministre annonce quatre autres priorités pour son ministère. Elles sont la protection de la jeunesse (il endosse le rapport Batshaw et agit sur ses recommandations), les actions préventives, les services aux handicapés et l'organisation des services de santé de première ligne (13,14,15).

La dernière année de son mandat sera difficile: elle est la première, mais non la dernière, d'une longue série d'années de compressions. C'est en mars 1976 que Forget sabre 30$ millions du budget des hôpitaux. Ces coupures sont faites sans tenir compte de l'inflation et des salaires de plus en plus élevés. Peu de temps après, il ordonne aux centres hospitaliers de réserver 10% de leurs lits aux malades chroniques. Pour les observateurs, cette décision semble avoir été prise sans concertation et elle sème la confusion. De plus, on observe une baisse des lits d'hôpitaux disponibles et un allongement des attentes pour les chirurgies électives (16,17).

En avril de la même année, il dévoile sa politique du troisième âge (18). Le plan quinquennal qu'il propose vise à développer les centres d'accueil et à augmenter le nombre de place d'hébergement. Il veut aussi développer les ressources "légères" destinées aux personnes âgées (famille d'accueil, maintien à domicile) et hausser les prestations des pensionnaires.

A l'été, le ministère parle de réformer le réseau de services de première ligne (19). Il est question de restreindre la vocation des CSS à deux champs spécifiques: la jeunesse et la famille d'une part, et les personnes âgées et les soins prolongés d'une autre. De plus, on veut faire des CLSC les dispensataires des services de santé et sociaux de première ligne. Un mois plus tard, les CLSC font encore la manchette. Cette fois-ci, on souhaite qu'ils deviennent la porte d'entrée du réseau et on veut les médicaliser davantage en ouvrant leurs portes aux médecins et y transférant les cliniques externes (20).

... Les législations

Les principales législations sont déjà en place au moment où Forget accède au pouvoir. Il sera quand même responsable de modifications importantes à la Loi 65 et à la Loi sur la protection du malade mental. Il élabore mais ne fait pas adopter un projet de loi sur la protection de la jeunesse. Enfin, depuis 1974, les soins dentaires sont gratuits pour les enfants de 0-8 ans et la couverture du programme s'élargit d'année en année.

3. Denis Lazure, 1976-1981

Nouvelle élection: changement de gouvernement, changement de ministre. Le docteur Denis Lazure, ancien directeur des centres psychiatriques de la Rivière des Prairies et Louis-Hippolyte Lafontaine est nommé ministre des Affaires sociales. Claude E. Forget siège comme membre de l'opposition. Jacques Brunet quitte

le ministère un an plus tard et il est remplacé par Jean-Claude Deschênes. Pour tous ceux qui ont collaboré étroitement à la Commission Castonguay-Nepveu, c'est la fin d'une époque.

La décentralisation se poursuit. Lazure montre plus d'intérêt pour l'éducation sanitaire et la nutrition. Par contre, il ne réussira pas à élaborer un programme cohérent destiné aux malades chroniques.

... Les crédits

Le premier budget défendu par le nouveau gouvernement accorde des crédits de 3$ milliards au ministère des Affaires sociales (16). Ces crédits sont de 7% supérieurs à ceux de l'année précédente et sont plus importants que ceux alloués à l'éducation. A la fin de son mandat, Lazure administre un budget de 5,9$ milliards, soit le quart du budget de la province. Ces dernières années, les crédits alloués aux Affaires sociales croissent moins vite que les taux d'inflation (21,22).

... Les priorités

Au nombre des projets énoncés, deux se concrétiseront rapidement: les personnes âgées de 65 ans et plus recevront gratuitement leurs médicaments et la gratuité des soins dentaires s'étend aux adolescents (23).

Les priorités de son ministère touchent la petite enfance, les jeunes, les personnes handicapées et les personnes âgées (24,25). A son arrivée au pouvoir Lazure projette de mettre sur pied un réseau de garderies. A l'automne 1977, il déplore l'insuffisance des crédits versés au réseau des garderies et, un an plus tard, il confirme ce que beaucoup appréhendait: la mise sur pied d'un réseau de garderies universel et peu coûteux est irréalisable.

Du côté santé, le ministre hérite du problème d'accès aux urgences des hôpitaux, problème qu'il n'arrivera pas à résoudre de façon satisfaisante. Il doit aussi composer avec la "réforme Forget", qui à l'hiver 1976, avait diminué le taux d'accroissement des budgets hospitaliers à 0,5%. Il étendra la couverture de l'assurance-maladie en remboursant les prothèses visuelles et auditives à certains groupes d'âge. Le salariat des médecins et la piètre qualité des services médicaux des centres éloignés et défavorisés sont aussi au nombre de ses préoccupations (26).

Lazure n'est jamais tendre vis-à-vis des CLSC. En août 1977, il met en doute publiquement leur efficacité et leur raison d'être. Il freine leur expansion: onze nouveaux CLSC voient le jour au lieu des 25 promis sous l'ancien régime. Il se dit mal-à-l'aise vis-à-vis de ce type de services soi-disant de première ligne conçus dans le cadre de la réforme de la santé (27).

Il lancera une campagne d'information dans le public sur la surconsommation de médicaments. Le thème de la décentralisation revient souvent (28,29,30,31), et déjà, en mars 1977, on parle de retirer l'aide sociale du ministère (il faudra attendre quatre années pour que cela se réalise) (32). En 1978, il subventionne 11 maisons d'accueil pour les femmes en détresse et il met sur pied un comité de la santé mentale.

Les deux dernières années de son mandat sont marquées par des coupures budgétaires, tant au niveau du gouvernement central qu'aux Affaires sociales. Dans les manchettes, les coupures volent la vedette aux objectifs et ceux-ci deviennent de plus en plus imprécis: le ministère doit dorénavant s'efforcer de donner les mêmes services à ses clientèles avec des budgets réduits.

En 1981, alors que le gouvernement réduit ses dépenses de 1$ milliard, la quote-part du ministère des Affaires sociales dépasse le tiers. Des 350$ millions prélevés aux Affaires sociales, 130$ millions viennent de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec et 220$ millions sont coupés ici et là dans les programmes de santé et de services sociaux. Les premières analyses ne permettent pas d'identifier avec précision les secteurs d'activité les plus touchés par ces mesures d'austérité (21,33,34,35,36,37).

... Les législations

Les principales pièces législatives adoptées sous Lazure sont la Loi de la protection de la jeunesse et la Loi sur la protection des personnes handicapées. Il élabore aussi une loi sur les services de garde à l'enfance, élargit la couverture du programme de soins dentaires gratuits aux adolescents et modifie la Loi 69 afin de fournir gratuitement des médicaments aux personnes âgées.

4. Pierre-Marc Johnson, 1981-1984

C'est le dernier mandataire du ministère que nous étudierons. Il arrive au ministère au printemps 1981, après les élections d'a-

vril. Dès son accession à la tête des Affaires sociales, le ministère est scindé en deux: tous les services relatifs à la sécurité du revenu sont transférés au ministère du Travail et de la Main-d'oeuvre. Cela a pour conséquence de réduire l'importance du budget du ministère par rapport aux autres.

Johnson a à gérer le ministère des Affaires sociales pendant les pires moments de la récession. Il met l'accent sur le bénévolat et il introduit de nouveaux concepts tels que la déprofessionnalisation et la désinstitutionnalisation. Cela passe presque inaperçu, car plus souvent qu'autrement, il sera surtout question de coupures et de compressions budgétaires.

... Les crédits

Au cours de sa première année au ministère des Affaires sociales, Johnson administre les crédits qui s'élèvent à 5,9$ milliards (21). Ceux-ci sont de 10,8% supérieurs à ceux de l'année précédente et de 2% inférieurs à l'inflation. A la fin de son mandat, le budget total du ministère s'élève à 5,3$ milliards (38).

La différence entre les sommes accordées au ministère entre le début et la fin de son mandat n'est pas représentative des coupures: avec le transfert de la sécurité du revenu, le ministère des Affaires sociales avait par le fait même beaucoup moins de programmes à administrer.

Malgré cela et indépendamment du taux d'inflation, les "coupures" se multiplient d'année en année.

... Les priorités

Johnson prend la relève au ministère au moment où la récession bat son plein. Il gouverne sous les thèmes de la rationnalisation et de la complémentarité des ressources. Dès son arrivée au ministère, il investit beaucoup d'énergie pour expliquer (aux cadres, usagers...) l'épineux sujet des contraintes budgétaires dans les domaines de la santé et des services sociaux et il invite ses collaborateurs à comprendre l'attitude du gouvernement à cet égard. Il répète à plusieurs reprises que les coûts de la santé et des services sociaux ont atteint un niveau que les citoyens commençent à tolérer de plus en plus difficilement. Il est persuadé qu'un sommet est atteint et qu'on ne peut dépasser le pourcentage actuel du budget de la province affecté aux affaires sociales.

Il met beaucoup d'énergie à expliquer les restrictions nécessaires dans un climat d'austérité économique. L'Etat a à faire des choix difficiles, dit-il, afin de surveiller et de contrôler ses dépenses. Néanmoins, Johnson entend maintenir les secteurs considérés prioritaires depuis quatre ans:

- la santé mentale,
- les malades chroniques,
- les urgences,
- les soins dentaires,
- le maintien des personnes âgées à domicile.

Il regrette que le Québec soit en retard sur les autres provinces en matière de prévention et il déplore l'insuffisance de garderies (39,40).

Malgré ces objectifs précis, les quotidiens rapportent les coupures et les compressions budgétaires. On parlera de réduction qualitative et quantitative des services, tant dans le réseau que dans les programmes administrés par le ministère. En 1982, le budget du ministère des Affaires sociales est réduit de 45,5$ millions. Ces coupures se font sentir dans les programmes de médicaments gratuits (11,2$ millions), les soins dentaires (28$ millions) et l'assurance-hospitalisation hors Canada (6,5$ millions). Les coupures ne seront que de 29$ millions pour l'exercice financier suivant (38,41,42,43,44,45).

Avant de quitter le ministère, il annonce le parachèvement du réseau des CLSC en y transférant certains centres de responsabilités des CSS.

... Les législations

Le morceau législatif le plus important de ce mandat est la Loi 27 qui vise à consolider les acquis d'une réforme amorcée par Claude Castonguay, à humaniser le système, à répondre à de nouveaux soins sans gonfler les budgets du réseau et à mieux cheviller les rôles et les responsabilités des professionnels.

2. LES EVENEMENTS JUGES

1. La presse quotidienne

Le recours à la presse quotidienne remplit une double fonction: non seulement nous permet-elle de reconstituer un bref historique de l'évolution du ministère des Affaires sociales depuis 1970, mais en plus d'être témoin de ses activités, elle critique l'action des organismes et articule une demande sociale.

Ce sont ces fonctions que nous voulons illustrer dans la dernière section de cette partie. Celle-ci a été documentée avec le contenu des articles qui ont servi à la première section de même qu'avec les articles répertoriés dans l'index. Les libellés des articles, à titre de témoin des activités quotidiennes du ministère, nous livrent d'importantes informations. On peut y lire à quels moments surgissent certains problèmes et certaines orientations, quels problèmes persistent depuis longtemps et le laps de temps écoulé entre le moment où un problème se manifeste et la solution qu'on y apporte. De plus, la lecture de ces articles nous livre la position que la presse adopte vis-à-vis du rôle de l'Etat.

De façon générale, nous avons exclu de notre analyse tous les articles relatifs à la sécurité du revenu, notamment ceux sur l'aide sociale et les allocations familiales. Nous avons aussi exclus les articles qui relataient les conflits locaux, habituellement des problèmes de fonctionnement d'un établissement spécifique du réseau (un CLSC ou CH...). Un dernier champ qui n'est pas couvert lui non plus est celui des conflits de travail - bien que nombreux, ils ne sont pas exclusifs au ministère des Affaires sociales - et quant à ceux qui sont spécifiques au ministère (les conflits avec les médecins internes, résidents, omnipraticiens et spécialistes ainsi qu'avec les autres employés du réseau) la couverture est un peu redondante car ils tournent presque tous autour de la question de la rémunération.

La presse alerte à de nouvelles orientations et à de nouveaux problèmes par le choix qu'elle fait des événements qui méritent d'être couverts: règle générale, elle publie peu sur les sujets qu'elle juge inintéressants ou pas assez importants pour retenir l'attention du lecteur... et c'est cela qui nous intéresse.

Au début des années 1970, il est surtout question de la mise sur pied du réseau. Parallèlement à la publication des rapports de la Commission d'enquête, la presse rapporte les nouvelles légis-

lations, l'implantation de l'assurance-maladie, les modifications dans la vocation de certaines agences, la résistance des médecins et de d'autres groupes, les tournées d'information et les constructions de centres hospitaliers et de centres d'accueil... On publie peu sur l'avortement (sauf dans les cas d'avortements thérapeutiques), on parle surtout de dénatalité et d'hygième maternelle. La protection de la santé publique retient l'attention de certains, probablement parce qu'elle sera l'objet d'un projet de loi en 1972.

On écrira peu sur le dépistage, la prévention et la promotion de la santé avant 1975. Au cours des deux ou trois années suivantes, les articles voulant "responsabiliser" l'individu et l'amener à prendre en main sa propre santé prolifèrent: il sera donc de plus en plus question de nutrition, de tabagisme, d'alcoolisme et de suicide, et tout cela dans des termes d'éducation et de prévention.

Au même moment, le discours sur l'avortement se modifie suite à l'annonce de la mise sur pied des cliniques d'avortements. Par ailleurs, le désenchantement ne tarde pas, et en 1980, on écrit que ces cliniques sont dans une impasse. Les femmes victimes de violence feront couler un peu d'encre à compter de 1979 et depuis les années 1980, le discours sur l'accouchement se renouvelle: les femmes veulent choisir la méthode et l'endroit.

Plus récemment, bien que la presse nous éveille à des phénomènes tels que le bénévolat, le ticket modérateur et le mouvement retrouvailles, elle associe presque toute l'action du ministère aux compressions budgétaires et aux coupures. Tel que nous l'avons vu précédemment, ce phénomène commence en 1978 sous Denis Lazure.

Au fil des années, ces articles deviennent proportionnellement plus nombreux et brouillent les perceptions des objectifs et des priorités du ministère. Finalement, leur libellé ne traduit qu'un objectif global: gérer le ministère le mieux possible compte tenu de l'argent disponible. Cette litanie commence en 1978 avec "Québec songe à geler le budget des Affaires sociales" (Le Devoir, 7 janvier 1978, p. 1) et prend de telles proportions, qu'à compter de 1981, ces articles semblent dominer la presse quotidienne. En voici quelques exemples:

> "Les Affaires sociales: le tiers des réductions" (Le Soleil, 11 mars 1981, p. E1)

"Réduction du personnel et changements majeurs dans les services de santé" (La Presse, 29 juillet 1981, p. A3)

"Les "coupures" sociales" (Le Devoir, 18 septembre 1981, p. 16)

et "On ne peut couper davantage dans les Affaires sociales" (Le Devoir, 27 octobre 1982, p. 5)

Dans l'ensemble des articles, les coupures sont présentées de différentes façons: telles qu'elles sont annoncées par le gouvernement, telles qu'elles sont reçues dans les milieux les plus durement touchés ou telles qu'elles sont perçues par les syndicats. Par contre et contrairement à ce qu'on a pu observer aux Etats-Unis ces dernières années, on ne parle jamais d'éliminer des programmes spécifiques. Non, ici la presse rapporte qu'au dire du gouvernement, il y a du gaspillage, et qu'il est possible de maintenir la qualité des services à un coût moindre.

L'axe temporel retenu nous révèle que certaines préoccupations du ministère ne se modifient pas. A chaque année, on compte toujours un bon nombre d'articles publiés sur ses clientèles spécifiques tels que les personnes âgées (mode de vie, médicaments, hébergement, soins à domicile, politique en général), l'enfance (où il est question d'adoption, de familles d'accueil, de protection de la jeunesse..., de soins dentaires gratuits), les handicapés physiques et mentaux; et presqu'autant sur le fonctionnement du réseau (centres d'accueil, centres hospitaliers, CSS, CLSC...).

Certains articles illustrent des problèmes d'organisation qui persistent depuis longtemps. La couverture réservée aux centres hospitaliers et à leur salle d'urgence est un bon exemple de ceci:

"Un système d'accès rapide aux services d'urgence sera implanté dans toutes les régions du Québec..."
Le Devoir, 20 mars 1973, p. 11

"Les urgences, un nouveau délai"
Le Devoir, 22 janvier 1975, p. 2

"Québec comprime les budgets des hôpitaux pour améliorer leur performance"
La Presse, 10 janvier 1976

"Le MAS inquiète les hôpitaux"
Le Devoir, 10 janvier 1976

"Réduction de 10% du nombre de lits de courte durée"
Le Devoir, 14 septembre 1976

"Les hôpitaux passés au peigne fin"
Le Devoir, 4 juillet 1978, p. 4

"Les hôpitaux, ces champs de bataille"
La Presse, 14 juillet 1978, p. 5

"Alerte à l'hôpital"
La Presse, 30 août 1978, p. 5

"Le mal chronique des salles d'urgence"
La Presse, 10 novembre 1980, p. A6

"L'engorgement des urgences"
Le Devoir, 19 février 1981, p. 8

"La formule du "ciseau aveugle": les compressions budgétaires dans les services de santé"
Le Soleil, 2 décembre 1981

Aux hôpitaux et leurs urgences s'ajoutent d'autres problèmes qui persistent depuis longtemps. Parmi ceux-ci, nous aimerions illustrer l'évolution du dossier des garderies avec quelques titres choisis au hasard:

"Un mémoire présenté au ministère des Affaires sociales par le comité de liaison des garderies populaires insiste sur le besoin urgent d'un réseau de services de garde d'enfants au Québec"
Le Devoir, avril 1973

"Les réticences s'expriment sur le document de travail Bacon"
Le Devoir, 5 avril 1974

"Vie ou mort des garderies"
La Presse, 15 mai 1974

"SOS garderies SOS"
Le devoir, 3 décembre 1974

"Douloureux enfantement des garderies"
Le Devoir, 10 juin 1975

"3,2$ millions pour les garderies"
Le Devoir, 5 janvier 1977

"La garderie occupe le ministère"
Le Devoir, 12 septembre 1979

"Québec annonce sa politique"
Le Devoir, 7 octobre 1978

"Le regroupement des garderies bénévoles - le plan Marois-Lazure"
Le Devoir, 28 octobre 1978

"Denis Lazure déçoit SOS garderies"
Le Devoir, 2 juin 1979

"Lazure exclut définitivement l'idée d'un réseau de garderies gratuites"
Le Devoir, 18 août 1979

On peut ajouter à ces problèmes la participation, la décentralisation, la fluoration de l'eau, une politique explicite sur les personnes âgées et les CLSC.

Cette approche illustre aussi la lenteur de certains changements. Il arrive souvent que les réformes élaborées par un gouvernement soient administrées par d'autres. Le projet de loi sur la protection de la jeunesse, dont une première version date du début des années 1970 a été adoptée en 1979. Il faudra attendre quatre années entre l'annonce de l'élaboration d'une politique de nutrition (1973) et le dépôt de ladite politique et autant d'années pour que la sécurité du revenu quitte les Affaires sociales (1981) pour un autre ministère. Plus étonnant encore, quatorze ans s'écoulèrent avant que quelqu'un se commette à parachever le réseau des CLSC.

La dernière chose qui nous intéresse dans l'étude de la presse quotidienne est de cerner s'il y a eu réévaluation du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales. Nous ne pouvions répondre à cette question qu'en procédant par la négative, autrement dit, en tenant compte non seulement des demandes formulées mais aussi de l'acceptation implicite du retrait par l'Etat de certains secteurs d'activités déjà occupés.

De ce point de vue, en aucun moment dans la presse quotidienne lit-on qu'en matière d'affaires sociales, l'Etat s'accapare d'un champ d'action qui n'est pas le sien et, de plus, personne ne formule de demande qui inciterait l'Etat à se délester des champs qu'il occupe déjà.

On critique souvent sa façon de faire et quelques fois on remet en question les moyens qu'il a choisis pour atteindre ses fins, mais jamais on ne lui reproche d'avoir pris sous sa responsabilité le sort des plus démunis. Depuis peu, on observe même le contraire: on va jusqu'à lui reprocher de se délester de ses responsabilités. Voici, à titre d'exemple, les extraits d'un de ces éditoriaux:

> "...les coupures budgétaires du ministère des Affaires sociales.
>
> ...
>
> Le ministre Johnson et ses collègues répètent, chaque fois qu'on leur présente un cas dramatique, que c'est un cas isolé et qu'on peut continuer à "couper". Sous-entendu: nous avons un régime de luxe, nous sommes des enfants gâtés, nous "consommons" (sic) trop de soins médicaux.
>
> Ce discours insolent, on ne le dénoncera jamais assez. Nous ne **consommons** pas de soins médicaux et des services; nous les **subissons** quand nous n'avons pas le choix, quand nous sommes malades, quand une famille a des enfants délinquants ou schizophrènes, ou des grand-parents atteints de sénilité. Ce n'est pas par fantaisie qu'on va à l'hôpital ou chez le médecin ou qu'on se fait "opérer".
>
> Pourtant les porte-parole gouvernementaux continuent à nous rabattre les oreilles avec les cas marginaux d'hypocondriaques, ces malades imaginaires. (...)
>
> ...
>
> ...Le gouvernement a réduit les budgets consacrés aux services à domicile et aux structures d'accueil ou de transition, pour en arriver à la croissance zéro même si les besoins augmentent dramatiquement d'année en année.
>
> Deuxièmement, ces voeux pieux à façade progressiste, concernant le maintien "dans le milieu naturel", sont trop souvent une façon déguisée de réaliser des économies sur le dos des familles de ces malades et de ces vieillards. Le ministre Johnson

sait-il ce que représente, pour les familles et tout particulièrement pour les femmes, qui héritent le plus souvent du fardeau, le fait d'avoir à s'occuper quotidiennement d'un grand malade, d'un cas psychiatrique ou d'une vieille personne sénile? Le ministre sait-il ce que cela représente de fatigue, de souffrances, de tensions, dans les familles aux prises avec ces cas, et a-t-il pensé aux répercussions que cela entraîne dans les foyers où il y a de jeunes enfants? Ou alors là où tout le fardeau retombe sur les épaules d'un conjoint âgé et déjà usé par la vie?

Dans une société civilisée, c'est à l'Etat de voir à ces cas-là, par l'intermédiaire de professionnels formés pour ce faire.

...

...La social-démocratie, la vraie, c'est par l'institution et le maintien de services de santé et de services sociaux qu'elle commence.

Or, non seulement ne devrait-on pas réduire ces ressources, mais on devrait les augmenter car les besoins augmentent à cause du vieillissement de la population.

(Lysiane Gagnon, "La vraie social-démocratie", La Presse, le 11 octobre 1983).

...

2. La presse mensuelle

N'existe au Québec qu'un seul mensuel francophone d'information, L'Actualité, lequel a succédé à Maclean en 1977. Au cours des treize dernières années, ces mensuels ont couvert de façon inégale le domaine des affaires sociales: cette couverture est inégale par rapport à d'autres objets et inégale par rapport aux changements survenus dans le domaine de la santé et des services sociaux. D'une part, on recense presque autant d'articles sur la santé et les services sociaux que sur l'éducation, et dans une proportion légèrement inférieure, sur la justice et les pénitenciers. D'autre part, les articles sur les affaires sociales, moins nombreux en début de la période, se multiplient à compter de 1980, au fur et à mesure que la récession se fait sentir et que les crédits accordés aux affaires sociales se stabilisent puis diminuent. La couverture de ces mensuels sur les affaires sociales se résume aisément.

Un même message se dégage de tous les articles qui touchent de près ou de loin l'hôpital: c'est l'endroit à éviter à tout prix par celui qui ne veut pas être malade. Les auteurs les décrivent comme les pires des endroits: ils sont mal administrés, inefficaces, inefficients, coûteux à administrer, sous équipés, surutilisés, paralysés par des problèmes syndicaux et leurs urgences sont engorgées, (46,47,48,49,50,51). On va même jusqu'à rapporter les propos d'un ancien président de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec, le docteur Martin Laberge qui a préféré se remettre de son deuxième infarctus à la maison, avec l'aide de son fils et son frère (tous deux médecins) que de se faire soigner à l'hôpital: "Je me suis sauvé avant qu'on m'achève, explique-t-il! Si j'étais resté à l'hôpital, je serais mort. L'atmosphère des hôpitaux, c'est épouvantable" (52).

On parle peu des autres établissements du réseau. On fait référence à quelques reprises à un nouveau type de médecine qui fait son nid dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC): médecine globale, à salaire et le plus souvent pratiquée par des femmes (53,54). D'autres articles dénoncent les conditions de vie des personnes âgées en institution et les répercussions sociales et individuelles de la désinstitutionnalisation des malades mentaux et des personnes âgées (55,56,57,58).

L'Actualité cite Illich (59) et relate la lutte de Claude Brunet qui se bat pour faire respecter les droits des malades (51). Quant aux médecins, quelques articles décrivent tour à tour leurs attentes, leur formation, leur pratique, et leur manque à gagner (46,48,54,60). D'autres articles font état des recherches en santé et nous présentent des nouvelles formes de médecine (l'acuponcture, l'homéopathie,...) (61,62,63,64,65). A deux reprises, on interview les titulaires des ministères provincial et fédéral: Monsieur Claude Castonguay en 1971 et, dix ans plus tard, madame Monique Bégin (66,67).

Une dernière série d'articles, plus généraux, retiennent notre attention. Il s'agit ici d'articles sur le droit de grève dans les services publics, sur les fonctionnaires (qui se font payer leur salaire par les "contribuables") et sur la mauvaise gestion de l'Etat dans des domaines autres que celui des affaires sociales (68,69,70,71). Dans tous ces articles, la même trame: tout ce qui tombe entre les mains de l'Etat, et pire encore ses fonctionnaires, coûte plus cher, est moins bien fait et prend plus de temps à se réaliser que si la même réalisation était confiée au secteur privé.

Les articles de L'Actualité présentent tour à tour le point de vue du consommateur (qui se présente à l'urgence congestionnée,

couche dans le corridor, n'arrive pas à se faire diagnostiquer et qui quitte l'hôpital plus malade qu'il ne l'était à son arrivée), de l'administrateur (aux prises avec des problèmes syndicaux) et du médecin (qui s'émerveille de voir ses revenus diminuer d'année en année). Par ailleurs, ces articles ont tous quelque chose en commun: ils dénoncent les incohérences et l'inefficacité de la gestion gouvernementale, dans la vie en général et dans les hôpitaux en particulier.

Dans tous ces articles recensés, les auteurs se concentrent sur des aberrations sans toutefois proposer d'alternative ou formuler des demandes de façon articulée. Et en même temps qu'ils s'écrient contre l'ingérence de l'Etat, ils lui reprochent de se retirer de certains champs d'action qu'il s'était auparavant réservé. L'exemple de la désinstitutionnalisation illustre bien ceci.

> "Il n'y a pas si longtemps, il fallait les persuader (les vieux) d'aller à l'hospice. On souhaite maintenant que les vieux restent chez-eux le plus longtemps possible (...). Depuis 1970, le gouvernement a interrompu la multiplication des foyers pour vieillards: on n'en construit plus que dans certaines régions rurales lointaines, jusqu'à présent défavorisées. La consigne gouvernementale est désormais de retarder le plus possible l'entrée des vieux à l'hospice grâce à l'instauration de mesures "préventives": placement, aide à domicile, infirmières itinérantes. (...) le service d'aide à domicile est embryonnaire. Dans quelques années, après assez de paperasse, d'enquêtes et de rapports, on verra..." (55: 43-46).

Dans un autre article, les auteurs retracent la vie de quelques ex-patients psychiatriques. Ils essaient d'illustrer non seulement la solitude de ces individus, mais aussi le manque de ressources en psychiatrie et les déficiences des ressources alternatives:

> "On a fermé les asiles, mais 12 000 malades mentaux crient au secours dans la solitude des chambres à louer du centre-ville (...). Vingt ans plus tard, on a réussi à sortir les fous des asiles. Mais pour que tous les malades mentaux du Québec voient un psychiatre une fois par mois, il faudrait que chacun des 650 psychiatres québécois en exercice voit 28 clients par jour, à raison de quinze minutes chacun sans interruption pendant sept heures! (...)

> On n'a pas empêché les malades mentaux de "crier au secours", on les a envoyés le faire ailleurs. Le système n'a pas été amélioré mais changé en "non-système" si les fonctions jadis dévolues aux hôpitaux n'ont pas été ressucitées ailleurs. (...)
>
> Les fous sont devenus invisibles. Ou plutôt, ils font de brèves apparitions, à l'occasion d'une crise, puis retournent d'où ils viennent. En pavillon d'accueil, en famille d'accueil, ou chez-eux... (...)
>
> Sur le plan clinique, donc, mince succès. Sur le plan économique, par contre, c'est une aubaine, le malade qui coûtait de 200$ à 250$ dollars par jour à l'hôpital revenant à 20$ environ en famille d'accueil!" (58: 91-92)

Le discours est double: d'une part, on décrit l'Etat comme inefficace et inefficient et d'autre part, on lui reproche de se délester de ses responsabilités vis-à-vis des plus démunis.

REFERENCES

(1) Lépine, Normand, "Education, Santé, Bien-Etre: 75% des dépenses du Québec", Le Devoir, 6 mars 1970.

(2) "Affaires sociales: $1,7 milliard", Le Devoir, 17 mars 1972.

(3) Leblanc, Gérald, "Hausse supérieure à la moyenne", Le Devoir, 23 mars 1973.

(4) "Des réformes qui risquent de déranger beaucoup de monde et les institutions", Le Devoir, 23 avril 1971.

(5) Lesage, Gilles, "Nous ne pouvons conserver le statu quo (Castonguay)", Le Devoir, 25 août 1971.

(6) Longpré, Paul, "Croissance économique doit aller de pair avec développement social", Le Devoir, 4 juin 1971.

(7) Lesage, Gilles, "Réformes en profondeur du système hospitalier", Le Devoir, 16 juillet 1970.

(8) "La formule du budget global sera étendue à tous les hôpitaux en 72", Le Devoir, 25 mai 1971.

(9) Chalvin, Solange, "Une année difficile est prévue aux Affaires sociales", Le Devoir, 9 janvier 1973.

(10) Leblanc, Gérald, "Forget visera à humaniser davantage les lois sociales", Le Devoir, 22 novembre 1973.

(11) Chalvin, Solange, "1974 devra prouver la valeur des politiques sociales de Castonguay", Le Devoir, 28 décembre 1973.

(12) Forget, Claude, "Les objectifs de 1974 du ministère des Affaires sociales", Le Devoir, 4 février 1974.

(13) "Les Affaires sociales se fixent 4 priorités", Le Devoir, 24 janvier 1975.

(14) Lesage, Gilles, "Le comité Batshaw propose d'individualiser le traitement des jeunes en centre d'accueil", Le Devoir, 23 décembre 1975.

(15) Laurier, Marie, "Le ministre endosse les conclusions du rapport Batshaw", Le Devoir, 17 février 1976.

(16) "Faits saillants", Le Devoir, 25 mars 1976.

(17) Laurier, Marie, "Forget comprime le budget des hôpitaux pour améliorer leur performance", Le Devoir, 14 janvier 1976.

(18) Laurier, Marie, "Claude Forget dévoile sa politique du 3e âge", Le Devoir, 10 avril 1976.

(19) "Vers une réforme du réseau de "première ligne"?", Le Devoir, 28 juillet 1976.

(20) "Réforme des CLSC", Le Devoir, 11 août 1976.

(21) Bellefeuille, Roger, "Les Affaires sociales: le tiers des réductions", Le Soleil, 11 mars 1981.

(22) Picard, Jean-Claude, "Education et Affaires sociales: des contrôles inefficaces", Le Devoir, 30 mars 1977.

(23) Laurier, Marie, "Priorité a été accordée aux plus démunis de la société", Le Devoir, 29 décembre 1977.

(24) Laurier, Marie, "Le Dr. Lazure réaffirme les priorités du Parti Québécois", Le Devoir, 11 décembre 1976.

(25) Laurier, Marie, "Priorité accordée au mieux-être des défavorisés", Le Devoir, 31 décembre 1977.

(26) Laurier, Marie, "Les mises à pied dans les hôpitaux ne seront pas "massives et arbitraires" promet Lazure", Le Devoir, 11 décembre 1976.

(27) "Lazure méditera sur les CLSC", Le Devoir, 4 août 1977.

(28) Picard, Jean-Claude, "La décentralisation entraînera une réduction des effectifs", Le Devoir, 30 novembre 1976.

(29) Laurier, Marie, "Le processus de décentralisation est amorcé au MAS", Le Devoir, 4 août 1977.

(30) "La décentralisation sera accentuée en avril", Le Devoir, 1er mars 1977.

(31) Laurier, Marie, "Réforme de la santé: succès ou échec?", Le Devoir, 12 avril 1979.

(32) Picard, Jean-Claude, "Briser le monstre des Affaires sociales", Le Devoir, 21 mars 1977.

(33) Laurier, Marie, "Québec songe à geler le budget des Affaires sociales", Le Devoir, 7 février 1978.

(34) Laurier, Marie, "La FAS fait le point sur la réforme Lazure-Parizeau", Le Devoir, 28 février 1978.

(35) Vermat, Pierre, "La réduction des budgets de l'Education et des Affaires sociales réduit le niveau de vie de tous", La Presse, 5 février 1972.

(36) Marsolais, C.-V., "Affaires sociales: coupures au chapitre des équipements", La Presse, 11 mars 1981.

(37) Bennet, Paul, "Coupures de 1$ milliard des dépenses des ministères", Le Soleil, 11 mars 1981.

(38) Bellefeuille, Roger, "Affaires sociales: crédits en hausse de 3.2% à 5,3$ milliards", Le Soleil, 30 mars 1983.

(39) Laurier, Marie, "Johnson parlera budget aux cadres du réseau des Affaires sociales réunis en congrès", Le Devoir, 16 juin 1981.

(40) "La rationalisation et la complémentarité des ressources, gages d'efficacité du MAS", Le Devoir, 27 juin 1981.

(41) Lecours, Rudy, "En fait, les compressions approchent les 20$ millions", Le Devoir, 7 octobre 1981.

(42) Laurier, Marie, "Les compressions budgétaires: dans la seule région de Montréal, le CRSSS doit "économiser" 95$ millions", Le Devoir, 14 octobre 1981.

(43) Laurier, Marie, "Coupures budgétaires: les remous vont croissants", Le Devoir, 19 octobre 1981.

(44) Trudel, Clément, "Services sociaux: nouvelles coupures de 45,5$ millions", Le Devoir, 21 mai 1982.

(45) David, Michel, "Compressions budgétaires de 410$ millions", Le Soleil, 30 mars 1983.

(46) Ribeyron, Marie-Thérèse, "La médecine à la carte", Le Maclean, octobre 1974, 14, 10: 19-48.

(47) Beaulieu, Victor Lévy, "Corridor 8 appelle au secours", L'Actualité, janvier 1977, 2, 1: 24-28.

(48) Demers, Dominik, "Les médecins gagnent-ils trop cher?", L'Actualité, janvier 1980, 5, 1: 34-39.

(49) Mongeau, Dr. Serge, "Les périls de l'hôpital", L'Actualité, juin 1980, 5, 6: 29-34.

(50) Germain, George Hébert, "L'hôpital dans de beaux draps", L'Actualité, février 1982, 7,2: 44-49.

(51) Lachance, Micheline, "La croisade de Claude Brunet", L'Actualité, août 1982, 7,8: 43-46.

(52) Ribeyron, Marie-Thérèse, "Martin Laberge, super doc", L'Actualité, avril 1977, 2,4: 51-56.

(53) Ribeyron, Marie-Thérèse, "Docteur, j'ai mal au CLSC", Le Maclean, septembre 1974, 14,9: 26-44.

(54) Blouin, Jacqueline, "MD comme dans madame", L'Actualité, septembre 1981, 6,9: 67-70.

(55) Viens, Claire, et B. Aubin, "La fin des hospices, Le Maclean, juin 1973, 13,6: 22-48.

(56) Pagé, Line et J.-M. Papineau, "La camisole de fric", Le Maclean, avril 1976, 16,4: 44-48.

(57) Mongeau, Dr. Serge, "Vieillir à tue-tête", L'Actualité, avril 1981, 6,4: 38-44.

(58) Roy, Maurice, "Qui sont ces fous devenus?", L'Actualité, novembre 1982, 7,11: 88-95.

(59) Paré, Jean et D. Pinard, "La médecine, opium du peuple", Le Maclean, juillet 1975, 15,9: 18-33.

(60) Demers, Dominik, "L'école des médecins", L'Actualité, juin 1981, 6,6: 58-63.

(61) Saint-Germain, Michel, "Aiguilles vs castonguettes", L'Actualité, mars 1980, 5,3: 62-66.

(62) Somarry, Pierre, "Vivrons-nous 150 ans?", L'Actualité, juin 1982, 7,6: 94-99.

(63) McQuaig, Linda, "La médecine aux frontières de l'interdit", L'Actualité, novembre 1982, 7,11: 73-78.

(64) Villedieu, Yannick, "Elle court, elle court, l'épidémie d'amour..." L'Actualité, décembre 1982, 7,12: 65-66.

(65) Krueger, Lesley, "Les alchimistes du cerveau", L'Actualité, avril 1982, 7,4: 46-52.

(66) Guay, Jacques, "La société juste de Claude Castonguay", Le Maclean, février 1971, 11,2: 36-40.

(67) Vaster, Michel, "La femme de 18 milliards", L'Actualité, août 1981, 6,9: 27-33.

(68) Lefebvre, Jean-Paul, "Etat s'abstenir", Le Maclean, novembre 1972, 12,11: 18-49.

(69) Paré, Jean, "Le point: Wô l'Etat", Le Maclean, janvier 1975, 15,1: 2-4.

(70) Ouimet, Pierre, "Services publics: faut-il interdire la grève?", L'Actualité, juin 1978, 3,6: 58-64.

(71) Aubin, Benoît et P. Chantrain, "Ne tirez pas sur les bureaucrates", L'Actualité, janvier 1981, 6,1: 46-53.

(72) Pérusse, Daniel, "Ces ordinateurs qui nous épient", L'Actualité, juin 1981, 6,6: 84-90.

CHAPITRE III

L'OPINION PUBLIQUE

1 - INTRODUCTION

Notre service s'est vu confier le printemps dernier le mandat d'organiser, d'administrer et d'analyser une enquête à fins multiples dont plusieurs éléments concernaient, d'une façon ou d'une autre, les perceptions du rôle et de l'action de l'Etat en matière d'affaires sociales. Les entrevues requises pour cette enquête d'opinion publique ont été réalisées en juin 1983 auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population adulte du Québec (1).

Nous avons fait ailleurs (2) une analyse assez détaillée des réponses recueillies à l'occasion de ce sondage. Il ne nous apparaît pas très utile de revenir sur le détail de ces résultats dans le contexte de ce rapport. Il nous semble plus pertinent de reprendre brièvement l'analyse de ces données de façon plus synthétique, à partir d'un point de vue que nous n'avions guère exploré précédemment, et d'attirer l'attention sur quelques points précis qui ont toutefois une portée assez générale.

2 - LA DIFFUSION ET L'IMPACT DE LA NOUVELLE PERSPECTIVE

Le renouveau de l'attention accordée aux habitudes de vie, symbolisé dans le rapport Lalonde offrant une nouvelle perspective sur la santé des Canadiens, a été le principal changement dans la problématique socio-sanitaire au cours des quinze dernières années. Nous avons abondamment illustré cela aux chapitres I et II.

---

(1) Pour plus de détails techniques et méthodologiques, voir Jo-Ann Bellware et Pierre Roberge, Enquête à fins multiples 1983: rapport méthodologique, ministère des Affaires sociales, direction de l'Evaluation des programmes, mars 1984, 42 p.

(2) Jo-Ann Bellware et Pierre Roberge, L'Etat et les affaires sociales: quelques dimensions actuelles de l'opinion publique, ministère des Affaires sociales, direction de l'Evaluation des programmes, novembre 1983, 86 p.

Cela étant, il est intéressant, réconfortant même, de noter que l'opinion publique semble avoir adopté la nouvelle perspective et partagé de ce fait, sur bien des points, l'analyse que font les responsables du système. Ainsi, et par exemple, à la question (Q.47.1) (1) de savoir "qu'est-ce qui cause le plus de maladies, les habitudes de vie des gens ou les problèmes d'environnement", 65,6% des personnes interrogées répondent "les habitudes de vie"; 73,6% estiment (Q.57.1) que "beaucoup" ou "la plupart des gens" ont la capacité "d'améliorer par eux-mêmes leur état de santé"; et 76,6% affirment (Q.57.1) "que les gens devraient se préoccuper assez régulièrement" sinon "continuellement" de le faire. Bien sûr, il ne s'agit pas ici de déclarations spontanées, mais de réponses faites à des questions spécifiques et peut-être un peu biaisées dans le sens de la vertu. Reste que l'idée que les habitudes de vie soient un facteur de morbidité que l'on ait le pouvoir et le devoir de modifier a trouvé un écho certain dans l'opinion.

Il est en revanche moins réconfortant de constater que l'adoption de la nouvelle perspective sur la santé est, ou demeure, nettement associée au statut socio-économique des individus, à leur localisation sur une échelle regroupant scolarité, occupation et revenu (2). Le tableau 1 ne laisse guère de doute là-dessus. La nouvelle perspective est, à certains égards au moins, une perspective de classe.

Les choses sont claires dès la première ligne du tableau. A peine la moitié (54,7%) des informateurs classés dans la catégorie de statut socio-économique la plus basse, la catégorie 1, ont répondu (3) que les habitudes de vie, plutôt que l'environnement,

---

(1) Nous adoptons pour la suite du texte les deux conventions qui suivent et qui font qu'à chaque fois que nous introduirons pour une première fois une question dans le texte nous:
1) référerons à son numéro dans le questionnaire, et
2) nous paraphraserons son libellé au plus serré possible.

(2) Les détails de la construction de cet indice sont présentés en annexe A.

(3) Les autres ayant bien sûr répondu que c'était l'environnement, ou qu'ils ne sauraient dire, ou une autre réponse. Sauf mention contraire tous les pourcentages que nous rapportons sont basés sur l'ensemble des répondants, indécis inclus. On compte respectivement 227, 265, 306, 235 et 267 répondants des catégories 1 à 5.

causaient, à leur avis, le plus de maladies. Mais chez les informateurs classés dans la catégorie de statut socio-économique la plus élevée, la catégorie 5, cette proportion est de 78,7%.

TABLEAU 1

ADEPTES DE LA NOUVELLE PERSPECTIVE SUR LA SANTE SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 1	2	3	4	5	TOTAL
Les habitudes de vie causent le plus de maladie (Q.47.1)	54,7	57,8	66,4	68,9	78,7	65,6
La plupart des gens peuvent améliorer par eux-mêmes leur état de santé (Q.57.1)	37,0	41,9	45,3	55,5	56,8	47,4
Beaucoup ou la plupart des gens peuvent améliorer par eux-mêmes leur état de santé (Q.57.1)	56,5	68,3	76,4	77,1	86,9	73,6
Les gens devraient se préoccuper continuellement de faire quelque chose pour améliorer par eux-mêmes leur état de santé (Q.57.2)	32,2	41,0	47,2	45,9	54,7	44,6
Les gens devraient se préoccuper continuellement ou régulièrement de faire quelque chose pour améliorer par eux-mêmes leur état de santé (Q.57.2)	57,4	70,6	80,6	80,3	90,0	76,6

L'examen détaillé du tableau 1 révèle à chaque ligne des écarts de même magnitude et de même sens. A chaque fois que l'on regarde la distribution d'une réponse qui peut être tenue pour indicatrice d'une adoption de la nouvelle perspective sur la santé, tout se passe comme si cette adoption était quasi-universelle dans la catégorie socio-économique la plus élevée pour devenir moins fréquente au fur et à mesure que l'on passe de la plus élevée vers la plus basse pour n'être plus là qu'à peine majoritaire.

Plusieurs personnes pourront trouver inquiétante cette étroite liaison entre le statut socio-économique des individus et leur propension à adopter la nouvelle perspective sur la santé. Ceci pour au moins deux raisons différentes, et de façon tout-à-fait indépendante de la justesse des données, des analyses et des raisonnements sur lesquels reposent la nouvelle perspective.

On peut d'abord s'inquiéter de cette liaison parce que, affirmant des causalités et des responsabilités individuelles réelles, indéniables mais pas exclusives, la nouvelle perspective peut servir de justification idéologique à une contraction du rôle de l'Etat, particulièrement en matière d'assurance-maladie et plus largement en matière d'affaires sociales. Pourquoi mes impôts devraient-ils servir à faire soigner M. X qui s'est rendu malade par sa propre faute ?

Nos données indiquent, comme celles de bien d'autres enquêtes, que le statut socio-économique influence certaines dispositions très générales que l'on peut avoir sur l'évolution souhaitée du budget social de l'Etat (Q.16), sur la légitimité de principe de son action redistributive (Q.30), et sur la désirabilité d'une aide accrue aux citoyens les moins fortunés (Q.35).

Certaines de ces données sont reproduites dans le tableau 2.

TABLEAU 2

QUELQUES DISPOSITIONS GENERALES A L'ENDROIT DE L'ACTION DE L'ETAT EN MATIERE D'AFFAIRES SOCIALES SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 1	2	3	4	5	TOTAL
Dans la situation actuelle, le gouvernement devrait augmenter ses dépenses sociales (Q.16)	49,5	42,7	36,4	34,5	28,8	38,1
S'ils étaient ministre des Finances, ils réduiraient les dépenses sociales pour investir plus dans le développement économique (Q.21)	32,1	38,3	48,3	44,1	52,9	43,6
Ils sont d'accord que, en principe, l'un des rôles du gouvernement est de taxer les citoyens plus fortunés pour aider les citoyens les moins fortunés (Q.31)	83,4	76,7	79,7	74,9	68,5	76,6
Ils croient souhaitable que le gouvernement aide les citoyens les moins fortunés plus qu'il ne le fait présentement (Q.35)	82,8	80,0	71,5	67,1	55,8	71,5

Les choses, encore une fois, sont claires. Plus s'élève le statut socio-économique, moins enthousiaste l'on devient pour les missions sociales et redistributives de l'Etat. L'écart entre la façon dont on pense dans la catégorie la plus basse et la catégorie la plus élevée est toujours réel et non négligeable. Mais il n'est jamais, et il faut le noter, d'une magnitude telle que l'on puisse parler véritablement de clivage social. Jamais, sur ces questions à tout le moins, ne se forment aux deux extrémités de la distribution de majorités fermes allant dans des sens opposés. La majorité est toujours du même bord, seule son importance varie.

Son importance varie parce que, sans doute, face à l'Etat-providence l'intérêt de chacun varie en fonction de sa propre position sociale. Nonobstant les débats empiriques sur la redistributivité effective de l'action de l'Etat et la progressivité réelle de la fiscalité, l'idée même d'une action redistributive de l'Etat suppose que certains - pour un temps au moins de leur existence - donnent pour que d'autres reçoivent. Que l'enthousiasme soit moins grand chez ceux qui ont des raisons de se penser donneurs que chez ceux qui se savent receveurs n'a rien d'étonnant.

La question intéressante, dans le contexte d'une étroite association entre l'adoption de la nouvelle perspective et le statut socio-économique, est légèrement différente. L'inquiétude n'est pas la même. Elle se centre sur l'impact propre de l'adoption de la nouvelle perspective sur ces dispositions générales. Vient-elle ajouter à des dispositions générales déjà ancrées dans les positions sociales et les intérêts qui leur sont associés ?

Le tableau 3 montre que les choses ne sont pas simples.

TABLEAU 3

PROPORTION DES INFORMATEURS REPONDANT QUE DANS LA SITUATION ACTUELLE LE GOUVERNEMENT DEVRAIT AUGMENTER SES DEPENSES SOCIALES (Q.16), SELON L'ADHESION A LA NOUVELLE PERSPECTIVE (Q.47.1) ET LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE				
% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	1	2	3	4	5
Adeptes	39,2	32,9	30,1	32,9	27,4
Non adeptes	52,6	48,8	45,6	35,6	34,9
Différence	13,4	15,9	15,5	2,5	7,5
Total	43,8	39,2	34,6	32,6	28,0

Chez les adeptes de la nouvelle perspective - ceux qui à la question 47.1 ont répondu que les habitudes de vie plutôt que l'environnement causent le plus de maladie - la proportion de ceux qui souhaiteraient voir augmenter les dépenses sociales de l'Etat diminuent de la catégorie de statut socio-économique la plus basse à la plus élevée. Rien de neuf. Même phénomène chez les non-adeptes. Rien de neuf non plus. Du nouveau cependant avec le fait que, quelle que soit la catégorie socio-économique, les adeptes de la nouvelle perspective soient toujours proportionnellement moins nombreux à désirer une augmentation du budget social que les non-adeptes. Ce qui indique que l'adoption de cette perspective freine, en et par elle-même, la réceptivité à un accroissement du budget social. Mais, dernier fait, curieux celui-là, le caractère négligeable de cette différence chez les individus appartenant aux catégories de statut socio-économique les plus élevées.

Tout se passe comme si, dans ces groupes où l'on aurait pu craindre un impact de la nouvelle perspective, celle-ci n'ait que des effets mineurs. C'est plutôt ailleurs que cet effet se fait sentir. Nous devons toutefois signaler qu'on ne retrouve pas toujours ce réseau de relations, quelles que soient les questions utilisées. Cela étant, il est peut-être plus prudent de conclure qu'on ne retrouve pas l'impact négatif majeur de l'adhésion à la nouvelle perspective dans les groupes dans lesquels on aurait eu des raisons de le craindre.

L'étroite association entre l'adoption de la nouvelle perspective et le statut socio-économique peut inquiéter pour une seconde raison. Elle est tout-à-fait différente de la première et suppose fondamentalement correctes les prémisses de la nouvelle perspective.

Si des habitudes de vie perfectibles ont effectivement un impact majeur sur la morbidité et la mortalité; et si la diffusion de cette idée, de cette connaissance, est associée à la position sociale, nous nous retrouvons devant de nouvelles inégalités sociales face à la santé liées, non plus à des écarts dans les possibilités d'accès aux services et aux soins mais à des différences dans la qualité de l'information, des connaissances, et, voire, des attitudes à l'endroit de la santé. L'assurance-maladie a éliminé, en principe du moins, la possibilité que, lorsque malade, l'on soit soigné différemment selon que l'on est riche ou pauvre. Les données présentées au tableau 1 suggèrent la possibilité que, avant même d'être malade, l'on se soigne différemment selon qu'on soit riche ou pauvre.

A un niveau au moins, ces craintes ne semblent pas fondées. Les déclarations des gens sur ce qu'ils font effectivement du point de vue d'une prise en charge personnelle de leur propre santé ne varient pas selon le statut socio-économique. Le tableau 4 montre que, d'une catégorie socio-économique à l'autre, les proportions de ceux qui (Q.57.4) disent faire "beaucoup" "d'efforts pour améliorer par eux-mêmes leur état de santé" ou qui affirment, en réponse à une autre question (Q.58) faire "plus" d'efforts en ce sens "qu'il y a cinq ans" fluctuent faiblement et de façon erratique autour de la moyenne. Le statut socio-économique n'a pas d'impact sur ces comportements, ou au moins sur la façon dont on en parle.

TABLEAU 4

INDICES DE PRISE EN MAINS SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 1	2	3	4	5	TOTAL
Ils font actuellement beaucoup d'efforts pour améliorer par eux-mêmes leur état de santé (Q.57.4)	36,4	28,5	33,9	34,2	26,7	31,8
Ils font plus d'efforts qu'il y a cinq ans pour améliorer par eux-mêmes leur état de santé (Q.58)	53,0	57,6	55,3	59,2	56,0	56,2

La conscience des risques associée aux habitudes de vie varie bien en fonction du statut socio-économique. Mais l'effort pour les modifier ne suit pas nécessairement et semble, au contraire indépendant de la position sociale. Le tableau 5 donne une bonne illustration de ce phénomène. La proportion de ceux qui reconnaissent (Q.61.1) qu'il leur serait "personnellement nécessaire" de "faire davantage d'exercice physique" ou de (Q.61.6) "prendre des mesures pour être moins stressé" augmente régulièrement - à une exception près - de la plus basse à la plus élevée des catégories de statut socio-économique. Cependant, les proportions de ceux qui, parmi ceux qui ont reconnu ces actions comme des nécessités, disent avoir fait "beaucoup" (Q.62.1 et Q.62.6) d'efforts dans ce sens au cours de la dernière année sont 1) inférieures et 2) invariables selon le statut socio-économique. La vertu ne court pas les rues. Et ne semble guère plus fréquente d'un quartier à l'autre.

TABLEAU 5

INDICES DE CONSCIENCE ET DE PRISE EN MAIN SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 1	2	3	4	5	TOTAL
Il leur serait nécessaire de faire davantage d'exercice physique. (Q.61.1)	52,6	66,7	69,8	74,9	74,7	68,0
Ils ont fait beaucoup d'efforts pour faire davantage d'exercice physique (Q.62.1)	13,6	21,1	13,0	18,6	15,8	16,4
Il leur serait nécessaire de prendre des mesures pour être moins stressé. (Q.61.6)	50,7	55,7	62,0	69,8	58,8	59,5
Ils ont fait beaucoup d'efforts pour prendre des mesures pour être moins stressé. (Q.62.6)	19,3	22,6	18,3	24,0	12,9	19,4

Enfin, nous tenons une dernière observation qui lorsqu'on la rapproche de d'autres observations faites précédemment peut contribuer puissamment à expliquer la faiblesse relative de l'impact de la nouvelle perspective sur les attitudes sociales des gens des catégories supérieures de statut socio-économique, faiblesse illustrée au tableau 3. Nous faisons ce rapprochement au tableau 6.

TABLEAU 6

ADOPTION DE LA NOUVELLE PERSPECTIVE, EFFORT PERSONNEL ET PERCEPTION DU COMPORTEMENT D'AUTRUI SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 1	2	3	4	5	TOTAL
Les habitudes de vie causent le plus de maladies (Q.47.1)	54,7	57,8	66,4	68,9	78,7	65,6
Ils font actuellement beaucoup d'efforts pour améliorer par eux-mêmes leur état de santé (Q.57.4)	36,4	28,5	33,9	34,2	26,7	31,8
Par rapport à il y a cinq ans, le nombre de gens qui font vraiment des efforts pour améliorer par eux-mêmes leur état de santé a augmenté (Q.59)	57,0	63,6	70,8	78,7	84,6	71,2

Nous partons en terrain connu: la proportion de ceux qui, dans leur épidémiologie personnelle, incrimine plus facilement les habitudes de vie que l'environnement augmente clairement lorsque l'on passe de la catégorie socio-économique la plus basse à la plus élevée. Nous poursuivons en terrain connu: la proportion de ceux qui affirment faire beaucoup d'efforts pour améliorer par eux-mêmes leur état de santé ne varie pas, elle, en fonction du statut socio-économique. Et nous arrivons, en terrain neuf cette fois, à notre dernière observation: la proportion de ceux qui croient que, "par rapport à il y a cinq ans", "le nombre de gens qui font vraiment des efforts pour améliorer par eux-mêmes leur état de santé augmentent" (Q.59) croît régulièrement, et sensiblement, de la plus basse à la plus haute catégorie.

Il est donc probable - nous n'en avons malheureusement pas de mesure directe - qu'un sentiment de malaise vis-à-vis de ses propres comportements quant à sa santé soit plus fréquent dans les milieux socio-économiques élevés que dans les autres. Les gens appartenant à ces milieux, cela au moins est sûr, adoptent plus volontiers que les autres la nouvelle perspective, mais ne font pas plus d'efforts que les autres, alors qu'ils ont nettement plus que les autres le sentiment que les comportements d'autrui à cet égard sont en train de se transformer pour le mieux.

Le sentiment de ne pas, si l'on nous passe l'expression, être dans la course risque donc d'être plus vif chez eux. Si cela est vrai, cela expliquerait que le recours à la nouvelle perspective comme légitimation d'une contraction du rôle de l'Etat se fasse chez eux avec circonspection. Il est, après tout, difficile d'invoquer l'idée de la responsabilité personnelle alors qu'on doute soi-même de sa propre vertu.

Retour donc à la case départ. Aucune des deux inquiétudes soulevées par l'étroite association entre l'adoption de la nouvelle perspective et le statut socio-économique ne s'avère être, à en juger par ces données, bien inquiétante. L'inquiétude réelle se situe ailleurs. On a réussi à convaincre certaines personnes de la justesse de la nouvelle perspective. On n'a pas réussi dans une commune mesure à changer leurs comportements.

3. STATUT SOCIO-ECONOMIQUE, PROGRAMMES ET ACTIONS SPECIFIQUES DE L'ETAT-PROVIDENCE

Nous tenons donc, au sortir de la section qui précède, trois observations importantes: 1) le statut socio-économique influence la rapidité avec laquelle ont été adoptés certains aspects au moins de la nouvelle perspective sur la santé; 2) la

nouvelle perspective ne semble pas jouer un rôle majeur de justification idéologique de la contraction du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales dans les milieux socio-économiques élevés - là-même où elle semble bien implantée - sans doute à cause de l'inquiétude qui règne dans ces milieux quant à la manière dont les responsabilités personnelles auxquelles invitent la nouvelle perspective sont effectivement assumées et 3) le statut socio-économique prédispose quand même, de façon très générale et indépendamment de l'adoption de la nouvelle perspective, à des attitudes favorisant soit une expansion, soit une contraction du rôle social de l'Etat.

C'est cette dernière constatation que nous voulons raffiner dans cette section-ci, en voyant notamment si elle résiste au passage du général en particulier; des orientations générales aux programmes spécifiques et aux actions particulières.

Après avoir étudié l'appui dont jouit l'Etat-providence dans l'opinion publique d'une bonne douzaine de nations industrialisées, Coughlin (1) concluait que:

- cet appui varie beaucoup d'un pays à l'autre, l'opinion tendant à s'aligner sur la réalité et être d'autant plus "collectiviste" que les dépenses sociales de l'Etat sont, per capita, plus importantes.

- A l'intérieur de chacun des pays, cet appui varie selon l'objet des programmes, certains étant plus populaires que d'autres. A quelques exceptions près - qui correspondent à des situations nationales très particulières, les allocations familiales en France versus les allocations familiales en Australie par exemple - cet ordre des préférences est remarquablement stable d'un pays à l'autre.

- Dans tous les pays, pour chaque programme donné, l'appui de l'opinion à l'action de l'Etat ne varie pas de façon substantielle selon la position sociale des individus. Il y a bien sûr des différences, mais rien de majeur.

(1) Coughlin, Richard M., Ideology, Public Opinion and Welfare Policy, Berkeley, Institute of International Studies, University of California Press, 1980, 194 p.

Sur ce dernier point, Coughlin rejoint les conclusions faites dix ans auparavant par Schiltz (1) dans un seul pays - celui où l'action sociale de l'Etat est la moins développée, les Etats-Unis - mais sur une très longue période d'observation, 30 ans. Même dans ce pays où les comportements électoraux sont très clairement - beaucoup plus qu'au Québec ou qu'au Canada par exemple - associés à la position sociale, la faveur ou la défaveur dont jouissait tel ou tel programme social en était largement indépendante. Elle dépend plus de sentiments publics, plus diffus et plus difficiles à saisir, qui définissent le besoin et précisent les critères en fonction desquels juger du mérite; ces sentiments étant, eux, indépendant de la condition sociale.

Nous pouvons commencer l'exploitation - brève - de nos propres données à partir de ces deux idées. Aux yeux de l'opinion, ce n'est pas tout le monde qui a droit à l'aide de l'Etat. Hormis ces situations exceptionnelles créées par l'invalidité par exemple, l'obtention de celle-ci demeure dépendante d'une contribution quelconque, virtuelle ou actuelle, courante ou passée, à la collectivité. Cette contribution peut prendre différentes formes. Les deux plus courantes sont le travail et le fait de donner naissance et d'élever des enfants - ou de l'avoir fait.

Ainsi, à la proposition généreuse affirmant que: "le gouvernement doit aider même les personnes qui ne veulent pas travailler" (Q.22.15) trois personnes sur quatre (73,9%) parmi les personnes interrogées répondent non et se disent "plutôt" ou "tout à fait" en désaccord. En revanche, 68,6% se disent d'accord avec l'idée que "c'est important pour la société que tout le monde ait droit aux allocations familiales" (Q.22.8) retenant dans un temps des principes d'universalité et de solidarité sociale que certains, nous le verrons, qualifieront par la suite. Dans la même veine, mérite et besoin se conjuguent dans l'esprit de ceux qui (76,5%) expriment leur accord avec la proposition voulant que "la plupart des personnes âgées sont des gens qui ont travaillé toute leur vie sans pouvoir économiser assez pour leurs vieux jours" (Q.22.3).

Le tableau 7 indique que ces sentiments sont largement majoritaires dans chacune des catégories de statut socio-économique créées par notre indice. Ils n'en sont pas tout-à-fait indépendants. Ils en sont, semble-t-il, moins indépendants que ce qu'avait suggéré Schiltz, mais nos mesures n'étant pas comparables nous ne

---

(1) Schiltz, M.E., Public Attitudes Toward Social Security 1935-1965, U.S. Department of Health Education and Welfare, Research Report No. 33, Washington D.C., 1970.

pouvons ni l'affirmer ni l'infirmer. Le fait central ici est bien plutôt celui que l'on retrouve partout un consensus largement majoritaire autour des idées de mérite et de besoin.

TABLEAU 7

ADHESION AUX PRINCIPES DE MERITE ET DE BESOIN SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE					
% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	1	2	3	4	5	TOTAL
"Le gouvernement doit aider même les personnes qui ne veulent pas travailler" (Q.22.13)	33,3	27,9	23,2	19,0	17,7	24,0
"C'est important pour la société que tout le monde ait droit aux allocations familiales (Q.22.9)	74,1	75,0	68,7	64,2	61,3	68,6
"La plupart des personnes âgées sont des gens qui ont travaillé toute leur vie sans pouvoir économiser assez pour leurs vieux jours (Q.22.3)	85,7	79,2	76,2	72,2	69,2	76,3

Pour l'essentiel donc, les programmes sociaux sont d'autant mieux reçus qu'ils sont perçus comme s'adressant à un besoin et rejoignant des personnes méritantes.

A ce propos, il faut noter qu'au moment de l'enquête, la conscience de besoins reliés à l'insuffisance d'emploi est particulièrement vive, vive au point de faire voler en éclats des préjugés courants. Ainsi toutes les personnes interrogées - ou presque, 98,3% - se diront d'accord avec l'énoncé voulant que "de nos jours, un bon travailleur qui s'adonne à être en chômage peut devoir attendre longtemps avant de se retrouver un emploi" (Q.22.10). La proposition selon laquelle "le problème n'est pas que les jeunes ne veulent pas travailler mais qu'il n'y a pas de travail pour eux" (Q.22.12) reçoit un appui presque aussi général, 84,8%. Une claire majorité - 66,5% - se diront d'accord avec l'énoncé qui dit que "la plupart des gens qui reçoivent du bien-être social ces temps-ci sont des gens qui veulent travailler mais qui n'arrivent pas à se trouver un emploi" (Q.22.13). Ce dernier énoncé affirme une chose qui était devenue vraie quelques mois avant l'enquête. Il est d'ailleurs le seul dont l'acceptation varie significativement avec le statut socio-économique.

TABLEAU 8

INDICE DU SERIEUX DU CHOMAGE SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 1	2	3	4	5	TOTAL
"De nos jours, un bon travailleur qui s'adonne à être en chômage peut devoir attendre longtemps avant de se retrouver un emploi" (Q.22.10)	91,1	89,8	90,4	89,4	85,7	89,3
"Le problème n'est pas que les jeunes ne veulent pas travailler mais qu'il n'y a pas de travail pour eux" (Q.22.12)	89,9	86,1	86,8	82,7	78,5	84,8
"La plupart des gens qui reçoivent du bien-être social ces temps-ci sont des gens qui veulent travailler mais qui n'arrivent pas à se trouver un emploi" (Q.22.13)	78,1	74,5	66,6	59,0	55,1	66,5

Besoin et mérite interviennent d'une autre manière pour créer dans l'opinion une certaine réceptivité à la mise en cause du principe d'universalité. Cette mise en cause peut prendre, entre autres, la forme d'une restriction de l'accès à des programmes maintenant universels aux seules personnes dans le besoin ou encore de l'exclusion de la couverture de ces programmes de personnes présumées déméritantes. Nous avons vu que l'opinion rejette massivement l'idée que l'Etat "doit aider même les personnes qui ne veulent pas travailler" (Q.22.15). Sur d'autres questions, le sentiment est moins vif, mais réel.

TABLEAU 9

RECEPTIVITE A LA MISE EN CAUSE DE L'UNIVERSALITE DE L'ACCES A DIVERS PROGRAMMES SOCIAUX SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 1	2	3	4	5	TOTAL
"Seulement les personnes âgées qui sont dans le besoin devraient avoir droit à une pension de vieillesse" (Q.22.1)	45,3	47,3	41,4	30,9	33,4	39,7
"Les fumeurs devraient payer plus cher d'assurance-maladie parce qu'ils ont plus de chance que les autres d'être malades un jour" (Q.22.5)	35,7	33,4	34,1	33,7	48,0	37,0
"Si on maintenait les allocations familiales, on devrait les limiter aux familles dans le besoin" (Q.22.8)	53,9	47,4	48,0	47,3	48,2	48,8
"Une personne qui quitte volontairement son emploi ne devrait pas avoir droit à l'assurance-chômage (Q.22.11)	45,3	40,2	41,5	40,1	43,1	43,2

Il y a partout de susbtantielles minorités, des quasi-majorités parfois, pour accepter de reconsidérer le principe de l'universalité d'accès au programme. Cette propension est largement indépendante du statut socio-économique.

Nous devons cependant attirer l'attention sur le fait qu'à elles seules ces quelques questions ne suffisent pas à mesurer la profondeur de ce sentiment. Elles ne font qu'en établir la présence.

Enfin, sur le plan encore plus précis de la réaction à des problèmes ou à des actions particulières, on retrouve une nouvelle fois cette indépendance du statut socio-économique et de l'orientation que nous venons d'observer dans le cas des grands programmes de sécurité sociale.

Dans le cas des expansions de l'action de l'Etat soumises au jugement de nos informateurs, cette indépendance est générale.

TABLEAU 10

REACTIONS A CERTAINES EXPANSIONS DE L'ACTION DE L'ETAT SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

% DES INFORMATEURS REPONDANT QUE:	STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 1	2	3	4	5	TOTAL
Le gouvernement devrait assumer "la plus grande part" ou "la totalité" du financement des garderies (Q.13)	22,3	24,3	21,4	18,4	16,8	20,7
Le gouvernement devrait dépenser "plus d'argent" pour:						
- l'hébergement en institution des personnes âgées (Q.15.1)	51,8	50,2	44,7	55,2	49,2	49,8
- l'assurance-maladie (Q.15.2)	25,5	27,4	19,9	20,0	12,6	20,9
- la prévention du suicide (Q.15.3)	41,3	42,7	41,3	46,2	47,7	43,8
- la construction d'hôpitaux en dehors des grands centres (Q.15.4)	53,6	54,2	46,2	52,6	44,2	50,0

Si donc le statut socio-économique influence, comme l'a indiqué le tableau 2, certaines des dispositions générales qu'ont les gens à l'endroit de l'action de l'Etat en matière d'affaires sociales, il est difficile, comme l'a indiqué toute cette section, de retrouver des traces bien claires de cette influence lorsqu'on passe des dispositions générales à des programmes spécifiques ou des actions particulières.

* * * * * * * * * * *

Ce qui dans un autre contexte aurait été un "non-résultat" sur lequel il aurait été vain d'insister permet dans le cadre de ce rapport de tirer, croyons-nous, une conclusion importante.

Il est en effet extrêmement rare que des idées ou des pratiques se manifestent également et en même temps en tout point d'un territoire ou d'une structure sociale quelconque. Elles tendent au contraire à naître à un endroit ou des endroits précis à partir desquels elles se diffusent. La sociologie du changement

social est pleine de ces études de diffusions; qu'elles concernent des phénomènes simples comme la diffusion d'une mode ou des questions plus importantes comme la diffusion d'idées.

Or, l'idée d'une crise de l'Etat-providence renvoie, entre autres choses, à une crise des sentiments et des idées. Si une telle crise existe, si elle est relativement récente et vieille au plus de la dernière décennie et si elle a commencé à avoir un impact à l'extérieur des milieux intellectuels, on devrait être en droit de s'attendre à ce que les nouveaux sentiments et les nouvelles idées qu'elle a fait naître se soient diffusés selon certains gradients et, parmi ceux-ci, celui du statut socio-économique et, plus largement, de la classe sociale.

Fois après fois, nous n'avons au contraire rencontré dans les pages qui précèdent que du vide, qu'une absence de relation systématique entre le statut socio-économique et la disposition de l'opinion à l'endroit de programmes et d'actions spécifiques de l'Etat en matière d'affaires sociales. Si l'on exclut des erreurs, toujours possibles, dans le choix des mesures faites et des questions posées, il faut alors conclure:

- ou bien que la diffusion des nouveaux sentiments et des nouvelles idées issues de la crise de l'Etat-providence est complètement terminée, qu'elle s'est faite sans rencontrer de résistances socio-économiques majeures et que nos données nous donnent une lecture de l'opinion d'après crise,

- ou bien que cette diffusion n'est pas encore véritablement commencée et que, par exemple, ces idées nouvelles sur les formes justes de l'inégalité ou la viabilité des programmes sociaux d'aujourd'hui dans les sociétés qui se profilent dans l'avenir prévisible n'ont pas encore trouvé preneurs parce qu'elles n'ont pas encore été prises à leur compte par des formations politiques sérieuses et capables de les diffuser dans l'opinion,

- ou bien que la crise de l'Etat-providence est une création de l'esprit.

A tout prendre, notre propre choix se porte sur la seconde de ces conclusions.

La troisième est facile à rejeter. Le brassement d'idées autour du rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales auquel nous

avons fait de trop brèves allusions en introduction à ce rapport est aussi réel que les crises budgétaires et les problèmes de choix de programmes avec lesquels se débattent les démocraties industrielles. Et on aurait sans doute tort de penser que parce qu'il s'agit d'idées elles sont condamnées à rester en l'air à perpétuité.

Les conditions requises pour nous rallier à la première conclusion ne nous semblent pas réunies. Les changements ne vont jamais si vite qu'ils disparaissent sans laisser de traces. Si dix ans après un énoncé officiel de politique, des investissements énormes en publicité, la conversion des professions soignantes et de la presse, la nouvelle perspective sur la santé connaît le genre de diffusion limitée que nous avons décrite au début de ce chapitre, il nous semble tout simplement incroyable que la réorientation beaucoup plus fondamentale que suppose la première conclusion se soit produite.

Reste donc la seconde conclusion. La réorientation fondamentale de l'opinion sur le rôle de l'Etat en matière d'affaires sociales est une chose à venir et pas une chose qui se serait faite au cours de ces deux, cinq ou dix dernières années. Existent des signes - la diffusion de la nouvelle perspective par exemple - qu'elle puisse se faire. Les questions de savoir si elle se fera et dans quels sens elle se ferait sont de toutes autres questions.

CONCLUSION

Nous avons introduit ce rapport en signalant que l'idée d'une crise des Etats-protecteurs renvoie à au moins trois choses distinctes. Elle renvoie d'abord aux difficultés budgétaires actuelles, et donc peut-être transitoires, des Etats-protecteurs. Elle renvoie ensuite aux pressions auxquelles seront soumis dans l'avenir les actuels programmes de sécurité sociale si les états de société qui se profilent pour le premier tiers du siècle à venir se concrétisent dans les faits. Elle renvoie enfin à des transformations dans les sentiments, les idées et les théories sur lesquels se sont fondés historiquement l'idée et le projet de l'Etat-providence.

Nous sommes tentés(es) de conclure ce rapport en alertant à la possibilité que ne se développe dans l'Etat-protecteur une crise d'un autre type à laquelle personne, à notre connaissance, n'a jusqu'ici accordé beaucoup d'importance.

Cette crise affecterait les rapports entre, d'une part, les gestionnaires et les responsables politiques du système socio-sanitaire et, d'autre part, la presse et l'opinion publique. Nous devons absolument insister sur le fait qu'il ne s'agit là que d'une possibilité. Mais nous pouvons quand même reprendre certains des faits et des tendances que nous pensons avoir raisonnablement établis dans les chapitres qui précèdent et indiquer ce sur quoi repose la possibilité que nous évoquons. Cet exercice tiendra lieu de conclusion.

Revenons brièvement sur ce que nous avons vu au chapitre sur les décideurs et essayons de faire quelques pas supplémentaires. Qu'avons-nous établi? Au fond, que deux choses, mais deux choses importantes. D'abord qu'existent, tant sur le plan de l'analyse que sur celui des intentions, de remarquables stabilités. Nous avons vu, par exemple, que la critique des insuffisances et des rigidités du système de distribution des soins et, plus largement, du système socio-sanitaire que font les gestionnaires actuels ne diffère de celle faite par les analystes de la Commission Castonguay-Nepveu que sur trois points mineurs: elle met en cause un ministère trop centralisateur qui n'existait pas à l'époque; elle ne retient plus le ratio patient/médecin pour insuffisant, au contraire; elle est, à tout prendre, plus vive que celle que faisait la Commission Castonguay-Nepveu. Quant aux missions d'investisseur, d'assureur, de réformateur et de gestionnaire ultime en matière d'affaires sociales assignées à l'Etat par cette même commission, elles sont intégralement reprises. Nulle part ne retrouve-t-on de trace - ce qu'on retrouverait aisément dans d'autres secteurs d'activités de l'Etat - d'une volonté de retour au privé et de déréglementation.

Cela ne signifie pas, il s'en faut, qu'il n'y ait pas ailleurs changement. Nous en avons signalé un qui est l'introduction dans la problématique de cette nouvelle variable qui est le comportement des consommateurs vis-à-vis leur propre santé et à l'endroit des agents et des institutions du système socio-sanitaire. Nous n'avons peut-être pas suffisamment insisté là-dessus. Car le fait est important, surtout si on le rapproche d'un autre développement qui est le fait que le raisonnement des décideurs fonctionne de plus en plus dans les termes de ce qu'on peut appeler l'économie politique de la santé.

Or, l'économie politique de la santé s'articule autour, entre autres, de deux idées importantes. La première de ces idées est que, prise globalement, les interventions médicales sont elles aussi soumises à la loi des rendements décroissants. La seconde de ces idées est qu'en matière de santé les coûts unitaires sont soumis à une inexorable pression à la hausse. Et il ne s'agit pas que d'idées. L'expérience des quinze dernières années dans la plupart des pays industrialisés est une expérience de hausse, parfois très importante, des coûts dans des systèmes nationaux de santé par ailleurs très différents les uns des autres. Ceci alors que rien n'indique de changements majeurs dans l'état de santé des populations concernées d'où le jugement fait sans doute par une majorité de décideurs que, globalement, la pratique médicale a bien, dans l'état actuel des choses, des rendements qui sont décroissants (1).

D'où, chez les décideurs, le développement de deux attitudes, de deux orientations. La première fonde des interventions sur les comportements des citoyens. Elles sont somme toute relativement récentes. Pour l'heure, leur caractère demeure dans l'ensemble éducatif, incitatif, indirect. Mais il reste, et c'est cela que nous voulons souligner, qu'elles placent à terme l'Etat dans une position nouvelle. La classification des habitudes comme bonnes ou mauvaises, nocives ou anodines qui procédait autrefois du folklore, du sens commun, de l'autorité parentale ou de l'avis

---

(1) Sur toute cette perception des choses, on peut lire, outre les articles déjà cités d'Evans, Gilbert Blain, (ed.), L'Assurance santé a cent ans, Montréal, Editions administration et santé, 1984, 175 p. et Jean de Kervasdoué et alii (eds.), La santé rationnée?, Paris, Economica, 1981, 240 p.

du médecin de famille peut dorénavant partir aussi de l'autorité publique. S'il n'en faut guère plus pour que certains auteurs évoquent à ce propos le spectre d'une police des moeurs (1), il suffit, pour le problème qui nous intéresse ici, que l'Etat soit devenu en même temps assureur des services de santé et juge des comportement des assurés.

La seconde des orientations des décideurs qui doit être notée ici est leur attirance pour une technique de contrôle des coûts qui agit sur l'offre de service et procède par rationnement, par exemple, du nombre de médecins, d'infirmières et de lits d'hôpitaux.

De Castonguay-Nepveu à aujourd'hui rien de fondamental n'a changé dans les positions des décideurs. Mais le contexte, lui, a changé considérablement. Gérer n'est pas construire, et gérer dans la perspective de l'économie politique de la santé peut créer de sérieux problèmes d'images et de compréhension puisque cela conduit à affirmer que ce qui pour l'individu n'a pas de prix, c'est-à-dire la santé, en a un pour la collectivité. Si l'économie est une science lugubre, que dire de l'économie de la santé.

D'où la possibilité que nous évoquions que ne se développe une crise dans les rapports entre, d'une part, les gestionnaires et les responsables politiques du système socio-sanitaire et, d'autre part, la presse et l'opinion publique.

Nos chapitres sur la presse et l'opinion publique ont donné des indications que, à cet égard, tout ne va pas pour le mieux. Dans la presse, domine depuis au moins trois ou quatre ans le thème des coupures budgétaires et des engorgements qui en résultent, particulièrement dans les établissements hospitaliers. L'opinion, quant à elle, est loin d'être uniformément gagnée aux vertus de la nouvelle perspective et surtout, les gens sont loin d'avoir traduit leurs croyances en comportements.

Ces faits, croyons-nous, méritent d'être notés. En matière d'affaires sociales, il n'y aura jamais d'équilibre entre l'offre et la demande et il est douteux que l'Etat puisse se retirer du champ d'action qu'il occupe maintenant. Cela étant, et étant donné de surcroît les difficultés prévisibles pour l'avenir, une attention particulière devrait être accordée à la clarté du langage et des débats.

---

(1) Voir l'article déjà cité de Jacques Dufresne.

ANNEXE A

L'INDICE DE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

L'indice de statut socio-économique utilisé au Chapitre III est particulier à cette enquête et ne doit donc pas être confondu avec d'autres indices connus (1). Comme ces derniers cependant, il repose sur des données de sens commun et procède de considérations pratiques.

Les données de sens commun sont:

1) que dans nos sociétés, pour le commun des mortels, la position sociale des individus (ou de leur famille) repose sur une occupation, laquelle génère un revenu et est généralement accessible à la suite d'une scolarisation plus ou moins poussée, et

2) que bien que généralement étroitement associées ces trois dimensions de statut que sont l'occupation, le revenu et la scolarité sont suffisamment indépendantes pour permettre à certains, par exemple, d'avoir des revenus importants sans scolarité très poussée ni occupation bien précise.

Nous avons donc décidé d'assigner à chacun de nos informateurs un pointage égal à la somme des points qu'il pouvait obtenir sur chacune des dimensions retenues pour construire l'indice et ce en fonction du tableau A.

Le pointage varie donc d'un minimum de 4 - obtenu, par exemple, par une personne n'ayant aucun revenu propre, ni occupation rémunérée et moins de huit années de scolarité - à un maximum théorique de 24 qui serait celui d'un professionnel gagnant plus de 35 000$ et ayant seize années ou plus de scolarité.

Notre première considération pratique était de trouver une façon de faire qui permette de classifier le plus grand nombre de nos informateurs. Ceux-ci provenant d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population adulte du Québec tous, à quelques exceptions près, avaient une scolarité quelconque mais tous n'avaient pas nécessairement un emploi rémunéré ni un revenu propre, les femmes occupées exclusivement à la maison formant de loin le plus grand nombre de ces cas.

---

(1) Pour un inventaire de ces indices, voir Charles M. Bonjean et alii, Sociological Measurement: An Inventory of Scales and Indices, San Francisco, Chandler Publishing Company, 1967, pp. 379-460.

TABLEAU A

ANNEES D'ETUDE	POINTS
Moins de 8 années	2
8 à 12 années	4
13 à 15 années	6
16 années et plus	8

OCCUPATIONS	
Professionnels	8
Gérance, administration	7
Semi-professionnel	6
Petit administrateur	5
Collet blanc	4
Ouvrier spécialisé	3
Ouvrier semi-spécialisé	2
Ouvrier non spécialisé Cultivateur Autres situations, dont sans occupation rémunérée	1

REVENUS	
Aucun	1
Moins de 10 000$	2
10 000$ à 14 999$	3
15 000$ à 19 999$	4
20 000$ à 24 999$	5
25 000$ à 29 999$	6
30 000$ à 34 999$	7
35 000$ et plus	8

D'où notre décision d'assigner à chaque individu un pointage égal au plus élevé de son propre pointage ou de celui de son conjoint. Au sortir de cette opération, on obtient la distribution reproduite au tableau B.

TABLEAU B

DISTRIBUTION DE FREQUENCE DES INFORMATEURS SELON LE POINTAGE DE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE OBTENU

Pointage	N	%
4	19	0,1
5	129	9,9
6	79	6,1
7	162	12,4
8	103	7,9
9	107	8,2
10	104	8,0
11	95	7,3
12	89	6,8
13	81	6,2
14	65	5,0
15	54	4,1
16	43	3,3
17	30	2,3
18	21	1,6
19	31	2,3
20	12	0,9
21	27	2,0
22	14	1,0
23	11	0,8
24	24	1,8
	1 299	100,0
Cas inclassifiables	13	

Il ne s'agissait plus que de regrouper ces pointages de façon à obtenir un nombre de catégories ni trop grand ni trop petit. Nous avons finalement opté pour cinq catégories obtenues par les regroupements décrits au tableau C.

On obtient ainsi un classement relatif des individus selon le statut socio-économique et non un découpage de la population en classes sociales.

TABLEAU C

DISTRIBUTION DES INFORMATEURS SELON LA CATEGORIE DE STATUTS SOCIO-ECONOMIQUES

CATEGORIE	POINTAGE	N	%
1	4,5,6	227	17,4
2	7,8	265	20,4
3	9,10,11	306	23,5
4	12,13,14	235	18,0
5	15 à 24	267	20,5
		1 299	100,0